

Alienados, médicos y representaciones de la "locura"

Saberes y prácticas de la psiquiatría en Uruguay (1860-1911)

Autor:

Duffau, Nicolás

Tutor:

Bohoslavsky, Ernesto

2015

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Historia

Posgrado

Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires
Doctorado en Historia. Tesis de doctorado.

**Alienados, médicos y
representaciones de la “locura”:
saberes y prácticas de la
Psiquiatría en Uruguay
(1860-1911)**

Doctorando: Nicolás Duffau
Director de tesis: Dr. Ernesto Bohoslavsky
Codirectora de tesis: Dra. Vania Markarian

Setiembre de 2015

Índice

Agradecimientos	p. 4
Introducción	p. 6
Estado de la cuestión	p. 12
El caso local.....	p. 17
Metodología y fuentes.....	p. 24
Estructura de la tesis.....	p. 27
 I. Institucionalizar	
 Capítulo 1. Del Asilo de Dementes al Hospital Vilardebó	
Introducción	p. 30
El tratamiento a los enfermos psiquiátricos en la primera mitad del siglo XIX.....	p. 30
La necesidad de un asilo	p. 35
El Asilo de Dementes	p. 39
“ <i>El palacio de locos</i> ”	p. 45
Etapas de una relación compleja	p. 52
Los intentos de formalización para la reclusión de alienados	p. 60
Del Manicomio Nacional al Hospital Vilardebó: Medicina y secularización	p. 64
La creación de la Asistencia Pública Nacional	p. 70
Conclusiones	p. 79
 Capítulo 2. Algunas características de la población recluida en el Manicomio Nacional entre 1860 y 1911	
Introducción.....	p. 82
Nacionalidad.....	p. 84
Edades.....	p. 89
Estado civil.....	p. 92
Ocupación.....	p. 92
Los pensionistas.....	p. 94
Conclusiones.....	p. 96
 II. Estudiar	
 Capítulo 3. El desarrollo de la Psiquiatría en Uruguay	
Introducción.....	p. 100
La Facultad de Medicina.....	p. 100
De la formación de un campo psiquiátrico a la Cátedra de Psiquiatría.....	p. 105
La evolución en la nosografía psiquiátrica.....	p. 112
Conclusiones.....	p. 126
 Capítulo 4. La definición y las causas de las enfermedades mentales	
.....	p. 128
Introducción.....	p. 128
Los primeros intentos de clasificación de las enfermedades.....	p. 128
Los débiles mentales.....	p. 131
Epilepsia.....	p. 137

Parálisis.....	p.139
Las demencias.....	p.141
Neurosis.....	p.143
Histeria.....	p.144
Manía.....	p.149
Conclusiones.....	p. 159

Capítulo 5. El tratamiento	p. 161
Introducción.....	p. 161
El poder del dispensario.....	p.161
El imperio del orden	p.164
... y la violencia	p.169
Hipnosis, psicoterapia y sedantes	p.174
Laborterapia	p.179
La educación	p.184
Las variantes del aislamiento	p.187
Conclusiones.....	p. 194

III. Señalar

Capítulo 6. Las causas morales de la locura	p.197
Introducción.....	p. 197
Higiene	p.198
<i>“El alcoholismo amenaza la raza”</i>	p.202
Urano, Onán y Venus: la sexualidad psicopatologizada	p.211
<i>“La plaga de los demolidores europeos”</i>	p.229
Modernidad, inmigración y neurastenia	p.237
El suicidio patologizado	p.245
Conclusiones.....	p. 249

IV. Reprimir y contener

Capítulo 7. Relación entre Medicina y Derecho	p.253
Introducción.....	p. 253
El incapaz	p.253
<i>“Solo media un paso entre el criminal y el demente”</i>	p.257
Criminología local y enfermedad psiquiátrica	p.263
Los peritajes y el debate sobre el destino de los locos criminales	p.266
Conclusiones.....	p. 275

Síntesis y consideraciones finales	p.277
Institución y campo médico	p.277
El loco como contrafigura	p.280
Colofón	p.281

Fuentes	p.283
----------------------	-------

Bibliografía	p.292
---------------------------	-------

Agradecimientos

En primer lugar, deseo agradecer a Ernesto Bohoslavsky y Vania Markarian, tutor y cotutora de esta tesis, quienes desde el inicio de este proceso depositaron en mí su confianza, estímulo, apoyo y amistad, además de ser atentos lectores de mi trabajo académico.

Hernán Camarero aceptó gentilmente en ser mi consejero de estudios en la Facultad de Filosofía y Letras y siempre se mostró solícito para atender mis consultas y requerimientos.

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 a Daniel Fessler, por las sugerencias, las recomendaciones bibliográficas y el permanente envío de fuentes. Sin su amistad y estímulo esta tesis sería otra. Asimismo, debo retribuir la generosidad de amigos y colegas quienes aportaron fuentes, bibliografía y opiniones: Cecilia Baroni, Alex Borucki, Gerardo Caetano, Lila Caimari, Agustín Cano, Santiago Delgado, Mario Etchechury, Magela Fein, Ana Frega, 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, Florencia Thul 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. En el mundo de los juristas Gianella Bardazano me ayudó a entender algunas complejidades de la codificación decimonónica uruguaya. Entre los médicos debo agradecer a Luis Broquetas, Pablo Fidacaro, Ángel Ginés, Antonio Turnes y Margarita Wschebor, quienes, desde sus especialidades, brindaron información para alguien ajeno al campo de la Medicina y de la Psiquiatría.

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.

No tuve dedicación exclusiva para esta investigación, pero sin el apoyo de Dante Turcatti en el Departamento de Historiología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, y de Ana Frega y Pablo Ferreira -quienes coordinan junto a mí el grupo de investigación *Crisis revolucionaria y procesos de construcción estatal en el Río de la Plata*- jamás habría podido dedicar el tiempo suficiente para investigar y redactar. En especial quiero reconocer a Ana, quien ha sido un apoyo fundamental a lo largo de mi vida académica y una fuente de orientación permanente.

Sin la ayuda de los funcionarios del Hospital Vilardebó no hubiera sido posible realizar la tarea de relevamiento documental. En especial a Miguel Sniadower, el director del hospital que autorizó que pudiera consultar los registros médicos del período trabajado. 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 del Centro de Fotografía de Montevideo.

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. Le dedico esta tesis a ella, a Juani y a Cata, a sabiendas que cualquier dedicatoria es insuficiente para retribuir todo lo que ellos hacen por mí.

De más está decir que si bien la investigación y la tesis son deudoras de todas las personas mencionadas, la responsabilidad del escrito es enteramente mía.

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 tuvieran 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 durante los que (entre 1860-1880), 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, mujeres que causarían “disgustos”, también fueran enviados a dicha institución?

El período que va desde 1860 hasta 1910 fue una época crucial para la formación del Estado uruguayo. Diversos estudios han señalado la importancia de algunos hitos como las mejoras en las comunicaciones, la aplicación de la reforma educativa, la construcción de un sistema fiscal y monetario estable, la creación de un ejército unificado, la codificación legal y, ya entrado el siglo XX, las diversas leyes sociales que favorecieron a los sectores trabajadores. Quienes examinaron el proceso de formación de ese Estado se concentraron en el desarrollo de los recursos administrativos,² los mecanismos que generaron un sistema político democrático,³ la construcción de un proyecto cultural nacional⁴ e incluso el inicio de la transición demográfica que se caracterizó por la baja en los índices de natalidad y de mortalidad de forma prematura en comparación con el resto del continente.⁵ No obstante, las ideas que

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

² Néstor Campiglia, *Estatización y burocracia*, Montevideo, Enciclopedia Uruguaya, 1969, n.º 40; Washington Reyes Abadie, *Latorre, la forja del Estado*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental-La República, s/d, vol. VIII; Peter Winn, *Inglaterra y la Tierra Purpúrea*, Montevideo, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 1998 vols. I y II; Alcides Beretta, *Inmigración europea e industria. Uruguay en la región (1870-1915)*, Montevideo, Universidad de la República, 2014.

³ Véase la *Historia Rural del Uruguay moderno y Batlle los estancieros y el Imperio Británico* de José Pedro Barrán y Benjamín Nahum; también: Carlos Zubillaga, “El difícil camino de la participación política. Población, ciudadanía y electorado (1898-1918)”, en Fernando Devoto, Marcela Ferrari, (coordinadores), *La construcción de las democracias rioplatenses: proyectos institucionales y prácticas políticas 1900-1930*, Buenos Aires, Biblos, 1994, pp. 31-68; Gerardo Caetano, *La república batllista*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2011.

⁴ Gerardo Caetano, Roger Geymonat, *La secularización uruguaya (1859-1919). Catolicismo y privatización de lo religioso*, Montevideo, Taurus, 1997; María Inés de Torres, *La guerra de las palabras*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2008; Silvia Rodríguez Villamil, *Las mentalidades dominantes en Montevideo (1850-1900)*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2008, segunda edición; Carlos Zubillaga, *Cultura popular en el Uruguay de entresiglos (1870-1910)*, Montevideo, Linardi y Risso, 2011.

⁵ Adela Pellegrino, “Vida conyugal y fecundidad en la sociedad uruguaya del siglo XX: una visión desde la demografía”, en José Pedro Barrán, Gerardo Caetano, Teresa Porzecanski, *Historias de la vida privada en el Uruguay. Individuos y soledades 1920-1990*, Montevideo, Taurus, 1997, vol. III; Adela Pellegrino, *La población de Uruguay. Breve caracterización demográfica*, Montevideo, UNFPA, 2010; Ana María

sustentaron la transformación del poder estatal para gobernar quedaron relativamente inexploradas, pese a que deberíamos considerar al positivismo como la corriente que dio a la elite ilustrada (y dirigente) los espacios institucionales, las tecnologías de poder y la retórica que necesitaba para ejercer el poder con más eficacia en una sociedad que se masificaba (con aportes inmigratorios) y democratizaba.

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 a los que era necesario erradicar de un pensado país modélico. Esta tesis 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 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.

En la elección del enfoque y las líneas de trabajo se descartó otro camino posible para el estudio de la construcción del poder estatal a través de la formación de una institución para enfermos psiquiátricos y de un campo de especialistas en las psicopatologías. Probablemente, el tema puede despertar numerosas perspectivas que esta tesis no pretende abordar. Aunque nuestro trabajo no será un estudio sobre la recepción de las ideas sobre la Psiquiatría y su difusión en el Uruguay, no dejaremos de puntualizar o señalar la forma en que circularon algunas de las ideas utilizadas en las fuentes. Optamos por detenernos en lo institucional, en la construcción de un campo científico con sus especificidades (y sus definiciones de época) y en las propuestas de tratamiento a los pacientes. A su vez, abordaremos las construcciones sociales sobre distintos estados de alteración mental o locura, al estudiar las definiciones que durante el período los médicos atribuyeron a síntomas o patologías, así como a las prácticas y conductas que entendían podían conducir a la "anormalidad".

El tramo cronológico abordado se ubica en un período al que podríamos llamar preuniversitario y que abarca la fundación del *Asilo de dementes* en 1860, su redenominación como *Hospital Vilardebó* en 1911, pasando por la formación en 1907-1908 de la Cátedra y Clínica Universitaria de Psiquiatría, dependiente de la Facultad de

Damonte, *Uruguay: transición de la mortalidad en el período 1908-1963*, Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, 1994.

Medicina. Asimismo, a partir de 1910, con la aprobación de la Ley de Asistencia Pública Nacional, se saldó el conflicto entre el catolicismo interviniente en la asistencia sanitaria y los médicos, que derivó en nuevas formas organizativas que abrieron otra etapa. Por tanto, nuestra investigación 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 al mismo tiempo 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.⁶

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, 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, 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 comenzó 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 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 Esquirol.⁷ 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, cuando por un decreto del Poder Ejecutivo fue redominado *Hospital Vilardebó*,

⁶ 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.

⁷ Véase Michel Foucault, *Historia de la “locura” en la época clásica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1990, vol. II, pp. 190-264 (capítulo 4, “El nacimiento del asilo”). Además de los textos fundamentales de Foucault, utilizaremos otros trabajos significativos de la historiografía mundial sobre la Psiquiatría o la locura. El historiador holandés Pieter Spierenburg es, al igual que Foucault, una referencia ineludible, puesto que si bien no estudió de forma directa los manicomios, sí dedicó parte de su obra al análisis de la transición entre el castigo corporal penitenciario y el ocultamiento de esa forma de tratamiento en la temprana modernidad europea (Pieter Spierenburg, “Punishment, Power and History. Foucault and Elias”, en *Social Science History*, invierno de 2004, vol. XXVIII, n.º 4, pp. 607-636). Otros trabajos que no estudian los establecimientos psiquiátricos pero que son de suma utilidad para conocer algunas características de las llamadas “nuevas técnicas de organización del poder” son Michael Mann, *Las fuentes del poder social*, Madrid, Alianza, 1991, vol. I y John Pratt, *Castigo y civilización. Una lectura crítica sobre las prisiones y los regímenes carcelarios*, Barcelona, Gedisa, 2006.

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 marco 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 comenzaron 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 a escala local dependió de la actuación de los abogados, quienes elaboraron propuestas específicas para la contención de los alienados.⁸

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” resultó fundamental 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.

Desde comienzos del siglo XIX, los alienistas oscilaron entre dos modelos nosográficos para explicar la enfermedad mental: por un lado, un esquema organicista que buscaba una lesión cerebral capaz de explicar el origen de la enfermedad y otra visión de carácter moral y social que explicó el desorden por la existencia de un terreno social patógeno habitado por el individuo. La escuela uruguaya —y esto sería algo singular de la disciplina psiquiátrica en el país (y otra de nuestras hipótesis)— se inclinó por la segunda posición, aunque también hay recurrencia al problema de la herencia, por

⁸ La noción de campo sigue los planteos del sociólogo francés Pierre Bourdieu, quien definió al “*campo científico*” como el espacio social en el que tienen lugar distintas relaciones objetivas entre agentes de una misma disciplina o competencias, aglutinados además por compartir un mismo *capital* (sea económico, cultural, social, simbólico o intelectual) que varía según el ámbito a indagar. En el campo científico el *capital* más importante es el cultural objetivado en títulos e incorporado (vuelto *habitus*) con el aprendizaje de un oficio científico. El mismo autor, plantea que la estructuración de cualquier campo científico depende de las relaciones de fuerza (una “*lucha por el monopolio de la competencia científica*”, por la *communis doctorum opinio*) existentes entre los participantes de ese espacio (que derivan en luchas internas) pero también entre ese campo y agentes externos, como ser otras instituciones, individuos o colectivos, que pueden condicionar esa existencia. Pierre Bourdieu, “Campo científico”, en Pierre Bourdieu, *Intelectuales, política y poder*, Buenos Aires, EUDEBA, 2000, pp. 75-110.

lo que es posible hablar de una realidad sociobiológica en la cual la predisposición congénita se despertaba gracias a un medio social “impuro”. En este sentido, podríamos pensar en una posible contienda entre lo congénito y lo adquirido, que presumiblemente tuvo lugar entre los psiquiatras de la época.⁹ Como veremos, son numerosos los ejemplos en las revistas médicas según los cuales una patología latente se despertaba en un ambiente social pernicioso. 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, 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, 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.¹⁰ 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.

Al mismo tiempo podemos plantear que desde 1876 el aumento de las personas enviadas al Asilo de Dementes también se relacionó con el endurecimiento de los deberes punitivos estatales luego del golpe de Estado que nombró al coronel Lorenzo Latorre como presidente provisorio y que contó con el apoyo de los comerciantes, de los

⁹ Si bien utilizaremos la palabra “psiquiatra” a modo de convencionalismo, cabe señalar que aunque algunos de los médicos referenciados trabajaron con enfermedades psiquiátricas no necesariamente tenían una formación específica.

¹⁰ La historiadora argentina Lila Caimari advirtió que el periodismo decimonónico, tomando elementos científicos y en especial la teoría lombrosiana, fue el gran responsable de construir un nuevo sentido común criminológico (especie de Vulgata o “saber profano” que también presionó sobre la implementación de políticas públicas). La idea planteada por Caimari sobre ese conocimiento destinado a un público no especializado, atravesará toda nuestra tesis. Al respecto véase Lila Caimari, *Usos de Foucault en la investigación histórica*, Buenos Aires, Universidad de San Andrés, 2005, Documento de Trabajo n.º 18, p. 22. También seguiremos en este punto a Peter Burke, *Historia social del conocimiento. De Gutenberg a Diderot*, Barcelona, Paidós, 2002, pp. 27, 28.

banqueros y sobre todo de los terratenientes, quienes exigieron el respeto irrestricto a la propiedad privada en el medio rural. Por tanto, el asilo-manicomio fue utilizado como una alternativa para la reclusión carcelaria. 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.¹¹ Por eso el miedo a la “locura” o a la enfermedad en general apareció entrelazado con críticas a la inmigración y a los nuevos hábitos que esta traía. ¿Se puede hablar de una estrecha alianza entre “ciencia” y “sentido común” como un espacio interesante para pensar los mecanismos de control social y disciplinamiento impuestos por las clases gobernantes? ¿Solo el crecimiento demográfico explicaría el pasaje de 0,53 internos cada 10 000 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 en 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 explicaría 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 implica 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 a la que reproduce y en la que se refleja. Pero, al mismo tiempo, 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.

Estado de la cuestión

¹¹ La idea de modernidad sintetiza la percepción de las élites reformistas del período para las cuales ser modernos (o al menos a aparentarlo) implicó poner en práctica una serie de medidas que permitieran romper con un desarrollo social pasado al que consideraban atrasado. Las epidemias, la movilización social, la inmigración no deseada, el delito, fueron vistos como amenazas al proyecto político nacionalista y al crecimiento económico.

Durante décadas los trabajos sobre las instituciones de control¹² o “instituciones totales”¹³ en América Latina, en particular los concernientes a los siglos XVIII y XIX, centraron su análisis en el estudio de las “*tecnologías del poder*” siguiendo la perspectiva del historiador y filósofo Michel Foucault, cuya obra podríamos considerar el punto de partida de reflexiones postreras. Publicada en francés en 1961, la *Historia de la locura*¹⁴ fue el primer ataque de Foucault al poder médico (que luego continuaría en sus clases compiladas en *El poder psiquiátrico*¹⁵ y *Los anormales*,¹⁶ la presentación a *Yo Pierre Rivière*,¹⁷ libros como *El nacimiento de la clínica*¹⁸ y *Enfermedad mental y personalidad*¹⁹ o compilaciones como *La vida de los hombres infames*²⁰) y dentro de ese poder a la Psiquiatría y a sus categorías de ‘normalidad’ y de ‘patología’.²¹ De hecho, podríamos decir que antes que una historia de la locura, la obra del pensador francés es una historia del poder psiquiátrico, ya que los “locos” solo aparecen como víctimas de los médicos. Para Foucault, la enfermedad psiquiátrica no era solo una psicopatología sino que formaba parte de un sistema de prácticas administrativas y médicas y expectativas sociales que la definieron. Por tanto es importante estudiar la enfermedad pero también todo lo relativo a la institucionalización de las prácticas psiquiátricas, el control y el poder, y el marco de ideas que ordenaron o recomendaron el encierro de los pacientes.²²

¹² Por estas entendemos a aquellas instituciones encargadas de velar por el funcionamiento de los poderes del Estado y garantizar el monopolio en el uso de la violencia, pero también a los emprendimientos de tipo privado o privado-público que se encargan de alejar de la sociedad a aquellos elementos considerados peligrosos o nocivos.

¹³ El concepto de “institución-total” fue manejado por Erving Goffman para referirse a lugares donde un gran número de individuos, aislados de la sociedad por un período importante, comparten una rutina cotidiana administrada formalmente. Es utilizado para las cárceles pero también para otras instituciones cuyos internos no han violado la ley. Los hospitales psiquiátricos estarían dentro del segundo grupo de instituciones totales definidas por Goffman, aquellas “*erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad; son los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y los leprosarios*”. Erving Goffman, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1964, p. 13.

¹⁴ M. Foucault, *Historia de la locura...*, o. cit.

¹⁵ Michel Foucault, *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008.

¹⁶ Michel Foucault, *Los anormales. Curso en el College de France (1974-1975)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2010.

¹⁷ Michel Foucault, *Yo Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano...*, Barcelona, Tusquets, 1976, pp. 7-14.

¹⁸ En este trabajo Foucault estudió el surgimiento del hospital como un espacio para examinar las enfermedades pero también las conductas. *El nacimiento de la clínica*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008.

¹⁹ Michel Foucault, *Enfermedad mental y personalidad*, Barcelona, Paidós, 1988.

²⁰ Aunque utilizamos todos los trabajos del libro, importa destacar “Médicos, jueces y brujos en el siglo XVII”, “La sociedad punitiva”, “Psiquiatría y antipsiquiatría”, “Los anormales”, “La evolución de la noción de ‘individuo peligroso’ en la Psiquiatría legal”, en *La vida de los hombres infames*, La Plata, Editorial Altamira, 2008, pp. 21-35, pp. 37-50, pp. 51-59, pp. 61-66, pp. 157-178. En “La sociedad...”, el teórico francés se detuvo en el rol de las sociedades filantrópicas como parte constitutiva del sistema general de “vigilancia-encierro”.

²¹ La edición de estos trabajos también se inscribió en el contexto de auge de los movimientos de *antipsiquiatría y psiquiatría democrática*, impulsados en Europa durante parte de la década del setenta. El psiquiatra húngaro Thomas Szasz, para quien la enfermedad mental era un mito, fue uno de los principales referentes de esta corriente. Thomas Szasz, *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 2000, p. 34. Otro manifiesto antipsiquiátrico en Franco Basaglia (ed.), *Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*, Ciudad de México, Siglo XXI, 1987, tercera edición (en el libro hay un artículo de Foucault titulado “La casa de la locura”).

²² Al utilizar varias de las obras de Foucault también reconocemos la evolución que sufrieron algunos de sus conceptos como consecuencia de los distintos momentos de su producción intelectual. Sin embargo,

Para Foucault el poder controlador de la Iglesia sobre los hombres, típico de la Edad Media, se había prolongado en el Estado moderno-laico a través de los médicos, ya que estos sustituyeron al sacerdote al momento de la confesión.²³ De acuerdo con esta visión, a partir del siglo XVII se produjo en Francia un movimiento por el cual fueron confinados a París, con la creación del Hôpital Général en 1656, todos aquellos que se alejaban de la racionalidad burguesa: locos, criminales, prostitutas, mendigos, blasfemos, homosexuales, librepensadores. Las autoridades obligaron a los detenidos a trabajar con intención de contrarrestar un modo de vida basado en la ociosidad, totalmente opuesto al espíritu burgués que exaltaba valores como el esfuerzo y la productividad.²⁴

Según Foucault, la relación entre médico y paciente instauró al primero por encima del segundo y la relación del psiquiatra con el loco hizo de este último un dependiente del primero, quien arrojó para sí el poder de la razón. En la interpretación del pensador francés, el confinamiento, la violencia, el control de poblaciones y la definición de lo normal, fueron los mecanismos que utilizó la Psiquiatría (como parte de la biopolítica²⁵) para combatir a los locos, pero también fueron una pieza clave en el control de poblaciones crecientes e industrializadas. Sostenía el mismo autor que lo distintivo del caso es que por primera vez la locura fue percibida no solo como un problema sanitario, sino también moral, en tanto los locos eran improductivos e inadaptados que se “curaban” cuando se convertían en un tipo social moralmente aceptable.²⁶ La locura, en el análisis de Foucault, pasó a ser el contraste entre la razón y la sinrazón, y no “*como el Otro de la razón según el discurso de la razón misma*”.²⁷ Según él, esta idea legitimó el proceso de institucionalización, expulsó al loco de la sociedad y legitimó la ética laboral burguesa. De todos modos consideramos que analizar el surgimiento de un establecimiento para enfermos psiquiátricos como una consecuencia del avance del proceso industrializador y del auge de la moral civilizada y burguesa encierra algunos problemas.

su preocupación por el poder, y por el de los médicos en concreto, aunque se fue matizando, mantuvo sus rasgos originales.

²³ Son varios los autores que, a nuestro entender con tino, cuestionaron esa visión sobre el fin de lo religioso y mágico a favor de una visión optimista de la ciencia y la razón. Bourke por ejemplo, sostiene que más allá de ese pasaje, la religión y lo mágico siguieron siendo utilizados para el temor que despertaban la enfermedad y la muerte. En este sentido, podríamos considerar estos puntos de vista como una visión construida por los médicos y los científicos involucrados y reproducidos a la postre por la historiografía. Al respecto, véase Joanna Bourke, “Fear and Anxiety: Writing about Emotion in Modern History”, en *History Workshop Journal*, primavera de 2003, n.º 55, pp. 111-133.

²⁴ Un seguidor de esta perspectiva y un abordaje histórico de la historia de la Psiquiatría francesa, al que también tomamos como referencia, es Robert Castel, *El orden psiquiátrico*, Madrid, Ediciones de la Piqueta, 1980 [prólogo de Michel Foucault] y *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2009 [1977, en francés].

²⁵ Foucault llamó “biopolítica” a las transformaciones del “poder” desde fines del siglo XVIII que construyeron una serie de procedimientos disciplinarios (y sus instituciones) para gobernar a la población. Si bien esas técnicas existían en Europa desde el período medieval pasaron a ser a fines del período dieciochesco en fórmulas generales de dominación. Véase Judith Revel, *Diccionario Foucault*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2009, pp. 35-37; Edgardo Castro, *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2011, pp. 56-58.

²⁶ Una ponderación sobre la obra de Foucault y sus consecuencias historiográficas en Jacques Revel, “Foucault: el momento historiográfico”, en Jacques Revel, *Un momento historiográfico. Trece ensayos de historia social*, Buenos Aires, Manantial, 2005, pp. 133-142. Una síntesis de la historia de la historiografía sobre la Psiquiatría se puede encontrar en un trabajo que utilizaremos a lo largo de nuestra investigación: Roy Porter, *Breve historia de la locura*, Madrid, Fondo de Cultura Económica-Turner, 2003.

²⁷ J. Revel, *Diccionario*, o. cit., p. 98.

Resultan atendibles las consideraciones del historiador Roy Porter, quien ha realizado una crítica aguda (y compartible) sobre la *Historia de la locura* de Foucault. Según esta visión, el planteo realizado por el pensador francés es “*simplista*” porque interpreta el surgimiento de la institucionalización de los establecimientos para pacientes con enfermedades psiquiátricas “*como si se tratara de una nueva cacería de brujas o de una herramienta de control social diseñada para allanar el camino de la emergente sociedad industrial.*” Por el contrario, y siempre siguiendo a este autor, sería importante plantear la existencia de este tipo de establecimientos no solo como una política destinada a recluir a la población inútil y sí como un “*punto de encuentro*” donde confluyeron múltiples posiciones vinculadas no todas a lo económico, sino también a las necesidades de las familias, al humanitarismo y a la formación de un sistema jurídico moderno que pese al encierro garantizaba los derechos de los internos (lo que no quiere decir que al menos en el caso uruguayo fueran respetados).²⁸

Los trabajos de Foucault que analizaban las instituciones de control y castigo fueron recibidos por la historiografía latinoamericana desde mediados de la década del ochenta y resultaron centrales para los historiadores que se dedicaron a investigar los dispositivos de control (cárceles, escuelas, hospitales, manicomios).²⁹ Esta apertura temática y teórica estimuló una serie de acercamientos que cuestionaron con perspectiva histórica instituciones, prácticas y sujetos que hasta entonces no habían merecido atención. Trabajos sobre Argentina, Brasil y México comenzaron a utilizar documentos procedentes de las instituciones de asistencia, textos médicos, libros utilizados en la enseñanza de la Medicina, tesis universitarias, artículos científicos publicados en revistas especializadas y también visiones “*profanas*” sobre la Psiquiatría, la Medicina, la criminología, entre otras disciplinas. Esta renovación favoreció el estudio de la producción, la lectura, la traducción, la interpretación y la apropiación de un cuerpo de ideas, al punto que los trabajos de historia intelectual que estudian la recepción de corrientes científicas se convirtieron en otro de los tópicos ineludibles en la producción historiográfica latinoamericana.

Trabajos sobre Argentina, Brasil, Chile o México, reconstruyeron rigurosamente el periplo de los discursos médicos y científicos para conocer a un tiempo el funcionamiento interno de las instituciones de control, las resistencias, las miradas desde abajo y las apropiaciones que de los discursos médicos y científicos realizaron los sectores populares, que los colocarían como receptores de ese saber y capaces de reinterpretar algunas consideraciones elaboradas para los profanos, así como de desplegar un vasto arsenal de resistencias a los aparatos de dominación.³⁰ En ese sentido es que la historiografía latinoamericana se separó de Foucault al presentar por un lado la visión de las elites, pero por otro las prácticas reales de los dispositivos manicomiales que se montaron, que distaban de la situación institucional y organizativa propuesta.

²⁸ Porter, o. cit., pp. 101, 102.

²⁹ Algunos enfoques pioneros cercanos a las posturas de Foucault que demuestran la importancia de la historiografía argentina en el área: Hugo Vezzetti, *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Folios, 1983; Juan Carlos Portantiero, “Estado, clases dominantes y cuestión social en la Argentina”, en Roberto Bergalli, Enrique Mari (coordinadores), *Historia ideológica del control social (España-Argentina, siglos XIX-XX)*, Barcelona, PPU, 1989, pp. 423-443; Beatriz Ruibal, *Ideología del control social. Buenos Aires 1880-1920*, Buenos Aires, CEAL, 1993; Jorge Salessi, *Médicos, maleantes y maricas*, Rosario, Beatriz Viterbo Editora, 2000 [1995], segunda edición. Un estado de la cuestión en Ernesto Bohoslavsky, “Uso (y abuso) de Foucault para mirar a las instituciones de castigo en Argentina, 1890-1930”, en *Cyber Humanitatis*, 2005, n.º 35, disponible en http://web.uchile.cl/vignette/cyberhumanitatis/CDA/texto_sub_simple2/0.1257,PRID%253D16159%2526SCID%253D16174%2526ISID%253D576.00.html.

³⁰ Una síntesis de esta perspectiva se podría encontrar en Carlos Aguirre, Gilbert Joseph, Ricardo Salvatore (editores), *Crime and Punishment in Latin America*, Durham, Duke University Press, 2001.

Desde la década del noventa surgieron propuestas de trabajo que matizaron la posición foucaultiana y rompieron con la visión mecanicista que relacionaba de forma inequívoca el discurso y el éxito de las propuestas disciplinadoras dentro de los manicomios y otras instituciones de control.

En el caso argentino, trabajos como los de Eduardo Zimmermann, Lila Caimari, Ricardo Salvatore, Gabo Ferro, Ricardo González Leandri o Máximo Sozzo, se concentraron en el seguimiento de determinado corpus teórico aplicado por médicos y abogados, su incidencia en la formación de instituciones de control social (cárceles, hospitales, escuelas), así como la divulgación de estas ideas para un público no lego a través de publicaciones específicas, manuales de puericultura e incluso del cine. A su vez, también podemos encontrar estudios de caso que analizaron situaciones a escala local (como la de los territorios pampeanos, realizada por Daniela Bassa y María Silvia Di Liscia) que permite ver cómo se organizaron las instituciones psiquiátricas en regiones periféricas. Por otro lado, podemos señalar estudios de caso sobre pacientes “célebres”, como ser el artículo de Ernesto Bohoslavsky sobre Juan Zárate, músico pampeano que dejó testimonio sobre su situación de reclusión penitenciaria y manicomial.³¹

El libro de Jonathan Ablard constituye una síntesis muy destacada sobre la evolución de la Psiquiatría en la Argentina desde el siglo XIX y hasta la década del ochenta de la siguiente centuria, pero que además de ser una historia de las ideas psiquiátricas y de las instituciones, se concentró en el análisis de la población que recibió el tratamiento así como en las estrategias de resistencia de los internos y sus familias. En su trabajo Ablard, al igual que Eduardo Zimmermann, analiza el rol que le cupo a los técnicos en las propuestas de reforma social, pero también las dificultades para implementar distintos cambios legales o sanitarios que mejoraran la situación de la población.³²

Otra referencia importante es el trabajo de Valeria Pita sobre el establecimiento de reclusión manicomial para mujeres bonaerenses, que constituye una apoyatura ineludible por las similitudes con el caso uruguayo pero también porque ayuda a pensar el problema de la “locura” desde una perspectiva de género.³³ Con trabajos como los señalados, la historiografía argentina constituye un punto de apoyo muy importante para el abordaje de una historia de la Psiquiatría en Uruguay, que necesariamente deberá atender la dimensión rioplatense por la estrecha vinculación entre los médicos de ambas orillas.³⁴

³¹ Eduardo Zimmermann, *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916*, Buenos Aires, Sudamericana-Universidad de San Andrés, 1995; Ricardo Salvatore, “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, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, primer semestre 2001, pp. 81-114; Ernesto Bohoslavsky, María Di Liscia (coordinadores), *Instituciones y formas de control social en América Latina. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo, 2005; Lila Caimari, *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en Buenos Aires, 1880-1955*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2004; Ricardo González Leandri, “La consolidación de una inteligencia médica profesional en Argentina: 1880-1900”, en *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, vol. 7, núm. 1, febrero-agosto, 2006, pp. 36-78; Máximo Sozzo, “Locura y crimen en el nacimiento de la racionalidad penal moderna en Buenos Aires (1820-1880)”, en Máximo Sozzo (coordinador), *Historia de la cuestión criminal en la Argentina*, Buenos Aires, Del Puerto, 2009, pp. 101-136; Gabo Ferro, *Degenerados, anormales y delincuentes: gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*, Buenos Aires, Marea, 2010.

³² Jonathan Ablard, *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*, Calgary, University of Calgary Press, 2009.

³³ Valeria Pita, *La casa de las locas: una historia social del Hospital de Mujeres Dementes: Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria, 2012. Medicina

Ello no implica desconocer los abordajes de la historiografía de la “locura” en Brasil, la cual ha abarcado todos los períodos históricos hasta la actualidad. La gran extensión territorial de ese país provocó la creación de más de un hospital de enfermos psiquiátricos, por que la historiografía ulterior desarrolló numerosos trabajos de escala regional que se concentran en la institución de referencia de los gobiernos estatales. Es probable que esa dimensión regional haya provocado una construcción historiográfica en Argentina y Brasil diferente a la que se realizó en Uruguay. A mediados del siglo XX Uruguay aún contaba con un solo hospital para enfermos psiquiátricos (sin tener en cuenta la colonia de alienados inaugurada en 1912) mientras Brasil tenía ciento cuarenta y Argentina veinticinco.³⁵ Este aspecto es muy significativo ya que los trabajos a escala micro de la problemática sobre los enfermos psiquiátricos abren la posibilidad de individualizar casos concretos. En esa dirección podemos señalar los trabajos de Sandra Jatahy Pesavento sobre Porto Alegre y el de Magali Gouvêa sobre Río de Janeiro.³⁶ Por otro lado, encontramos abordajes de historia de la Psiquiatría a través del seguimiento de las ideas médicas, pero en combinación con las perspectivas jurídicas que trabajaron, por ejemplo, el problema de la criminalidad de los pacientes.³⁷

En el caso mexicano, la mayor parte de los trabajos se han aglutinado en el estudio del manicomio capitalino, conocido como *La Castañeda* (1910-1968); no obstante, desde la década del noventa se llevaron adelante investigaciones que se concentraron en las instituciones, en las corrientes de ideas, pero también en las representaciones que sobre la “locura” o los “locos” criminales se hicieron en diversos períodos. En esta última línea de investigación sobresalen los trabajos de Pablo Piccato, quien se preocupó sobre todo por analizar las representaciones de la locura y su cruce con la idea de criminalidad.³⁸

Asimismo, existe un campo de estudio histórico conexo al de análisis retrospectivo de la Psiquiatría. Nos referimos a investigaciones que estudian el período posterior al que aquí proponemos, para conocer las características de divulgación del

³⁴ Sobre la historia de la Medicina argentina, Diego Armus es el historiador de referencia. Utilizaremos sus trabajos a lo largo de la investigación. Un estado de la cuestión en Diego Armus, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”, en *Asclepio*, vol. LVI, n.º 2, 2002, pp. 41-60.

³⁵ Cifras tomadas de Ablard, o., cit., p. 181.

³⁶ Magali Gouvêa, *Os delírios da razão –médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*, Río de Janeiro, Fiocruz, 2001; Sandra Jatahy Pesavento, *Visões do Cárcere*, Porto Alegre, Zouk, 2009.

³⁷ Yonissa Wadi, *A História de Pierina. Subjetividade, crime e loucura*, Uberlândia, Edufu, 2009. Nádia Maria Weber Santos, *Narrativas da loucura e Histórias de Sensibilidades*, Porto Alegre, UFRGS, 2008; Cláudia Freitas de Oliveira, “Asilos de alienados. Entre cotidiano e enfrentamentos (1886-1920)”, en Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Ethel Leonor Noia Maciel, *Uma história brasileira das doenças*, Belo Horizonte, Finco Traço, 2013, pp. 113-128.

³⁸ Véase Pablo Piccato “‘El Chalequero’ or the Mexican Jack the Ripper: the meanings of sexual violence in turn of the Mexico City”, en *Hispanic American Historical Review*, Duke University, n.º 81, vols. 3, 4, 2001, pp. 622-651; Andrés Ríos Molina, “El Manicomio General La Castañeda en México”, en *Nuevos Mundos/Mundos Nuevos*, Debates, 2009, <http://nuevomundo.revues.org/50242> y “Un mesías, ladrón y paranoico en el manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, enero-julio de 2009, n.º 37, pp. 71-96; Cristina Rivera-Garza, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General La Castañeda, México 1910-1930”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, 2001, vol. 51, pp. 57-89; Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y de la Psiquiatría en México. De la historiografía a la historia posmoderna”, en *Frenia*, vol. VI, n.º 1, 2005, pp. 9-33, “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, en Claudia Agostini, *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, Ciudad de México, UNAM-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, 99-123 y “La locura se topa con el manicomio. Una historia para contar”, en *Cuicuilco*, vol. XVI, n.º 4, enero-abril, 2009, pp. 163-189.

psicoanálisis en América Latina desde la década del diez en adelante (aunque como veremos las ideas de Sigmund Freud ya estaban presentes desde fines del siglo XIX).³⁹

El caso local

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, contamos con algunas aproximaciones que creemos importante señalar.

En primer lugar, cualquier trabajo que se proponga estudiar la vinculación 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 de *medicalización* que provocó una creciente presencia de los médicos en la vida cotidiana, una monopolización del ejercicio de curar y de su influencia en las decisiones estatales.⁴⁰ Según su visión, que retomaba un concepto de Foucault, desde la segunda mitad del siglo XIX y hasta la década del treinta del XX, la sociedad se medicalizó a través de un proceso triple que implicó el rol creciente del médico en el tratamiento de la enfermedad, la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad y la incorporación en la vida cotidiana de conductas, valores e imágenes derivados del saber médico.

La historiografía sobre la “locura” desarrollada por Barrán es tributaria de la construcción *foucaultiana* porque buscó comprender las características materiales y las justificaciones intelectuales del poder médico. Al igual que el pensador francés, el historiador uruguayo sostuvo que en el Estado moderno los médicos impusieron sus mecanismos de poder para normalizar a la población (reclusión, confesión, tratamiento), elaboraron un discurso que se convirtió en dominante y que moldeó a la sociedad de fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Esto no se explicaba solo por el rol de la ciencia en un clima de creciente científicismo, sino que había causas culturales y sociales fundamentales para responder a la pregunta de por qué los médicos fueron capaces de detentar una parte del poder estatal para el control de la población. En su visión, la Medicina fue fundamental en el proceso de disciplinamiento y la Psiquiatría se incorporó como una pieza del poder. Ese proceso no fue abrupto. Por el contrario,

³⁹ Por ejemplo: Jane Russo, “Psychoanalysis in Brazil. Institutionalization and Dissemination among the Lay Public”, en *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, Tel Aviv, 2007, vol. XVIII, n.º 1, pp. 63-80 [Dossier Psychoanalysis North and South]; Dunker, o. cit.; Hugo Vezzetti, *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon Rivière*, Buenos Aires, Paidós, 1996; Hugo Vezzetti, “Las promesas del psicoanálisis en la cultura de masas”, en Fernando Devoto, Marta Madero, *Historia de la vida privada en la Argentina*, Buenos Aires, Taurus, 1999, vol. III; Mariano Plotkin, *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2003. También importa señalar como un antecedente de relieve a la revista editada en Argentina *Culturas Psi/Psy Cultures*.

⁴⁰ José Pedro Barrán, *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1992-1993, en especial vols. I y II. Una reseña crítica al análisis de Barrán sobre el poder médico y el poder psiquiátrico en concreto en: Álvaro Díaz Berenguer, “Barrán y el poder médico” y Nicolás Duffau “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*, Montevideo, 2013, vol. VIII, número monográfico dedicado a José Pedro Barrán; 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 *Culturas Psi/Psy Cultures*, Buenos Aires, n.º 1, pp. 108-125, <http://www.culturapsi.org/#!Número-1-Culturas-PsiPsy-Cultures-Psicoanálisis-y-Ciencias-Humanas/c16ee/556E462F-DDF8-401E-9CBE-42A7987A1D65>.

implicó la ascendencia del poder médico sobre el religioso y la legitimación científica del disciplinamiento.

Al igual que Foucault, en el caso uruguayo Barrán exploró las principales ideas sobre las cuales reposaba el saber de los médicos. Para ello partió de una premisa, que coincide con la “microfísica” del poder o de los poderes foucaulteanos, y es que el poder no depende exclusivamente de los sectores dominantes sino que se desarrollan, como subsidiarios de las clases dominantes, otras autoridades que se encargan de transmitir y reproducir los valores establecidos; entre ellos se encontrarían padres, maestros, religiosos, médicos y dentro de estos últimos los psiquiatras como los guardianes de una “normalidad” a la que Barrán consideró a lo largo de toda su obra como la “clave de bóveda del sistema de dominación”.⁴¹

[E]l psiquiatra es el guardián nada menos que de la normalidad psicológica, por consiguiente es un hombre muy peligroso para cualquier Estado, para cualquier sociedad, todas sus opiniones deben ser muy miradas, discutidas, sopesadas, valoradas. [...] Si tú optas por una terapia para curar a un enfermo mental estás optando por un sistema de valores.⁴²

Un punto cuestionable en la obra de Barrán es el análisis de las transformaciones ocurridas en el mundo sanitario de comienzos del siglo XX como una operación llevada adelante en forma exclusiva por la clase dominante. Las tasas descendentes de mortalidad, la ampliación de la cobertura médica, las campañas sanitarias de carácter popular también son indicadores inequívocos de la participación de los sectores populares en el proceso de medicalización. Consideramos que, al tomar como punto de partida la obra del historiador uruguayo, importa dejar de pensar que las ideas científico-jurídicas o el ideal punitivo están separados 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 estas instituciones. Si bien Barrán lo señaló, profundizó poco en esa perspectiva a la que consideramos fundamental.

Otro trabajo riguroso es la obra del sociólogo Luis Eduardo Morás, autor que retoma los planteos de Barrán sobre la creciente medicalización de la sociedad uruguaya pero los complementa con el análisis de otras instituciones (educativas, sanitarias, judiciales) para demostrar la forma en que desde mediados del siglo XIX el Estado nacional creció al punto de convertirse en un “laboratorio social” con capacidad de control sobre la mayor parte de los habitantes (pobres) del país:

En el espacio de cuatro décadas (1870-1910) se pasa de la “tiranía de los caudillos” y el degollamiento de los rendidos en el campo de batalla como práctica extendida, a un modelo que al influjo de invocaciones al altruismo y el sentido moral de la vida en sociedad,

⁴¹ José Pedro Barrán, “Problemas de la historiografía uruguaya”, s/f, en José Pedro Barrán, *Epílogos y legados. Escritos inéditos/testimonios*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2010, p. 27.

⁴² “El sueño de una vida larga, y sin misterio” entrevista con Gerardo Caetano, *Brecha*, 30 de junio de 1995, en Barrán, *Epílogos*, p. 157. También importa señalar que en sus últimos trabajos Barrán cuestionó algunas de sus ideas presentes en *Historia de la sensibilidad y Medicina y sociedad*. Por ejemplo, en un texto de 2001 sostuvo: “Los investigadores en ciencias sociales tendemos a menudo a suponer que los poderes sociales poseen una facultad disciplinante todopoderosa y —en el caso de los historiadores— que los individuos concretos que protagonizaron la historia real han sido poco más que juguetes de las estructuras económicas, sociales, políticas y mentales. Pero las formas que inventan los individuos para burlar, sobrevivir y convivir con los poderes e ir minándolos son infinitas, lo que no significa, por cierto, que los poderes carezcan de poder...” (José Pedro Barrán, *Amor y transgresión en Montevideo: 1919-1931*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2001, p. 22).

*se percibe por los contemporáneos como de “avanzada social”. La situación de anarquía descrita por los observadores se convierte aceleradamente en un campo de reformas que, a partir de la primera década del siglo, consolida rasgos atípicos en el contexto latinoamericano, como ser el desarrollo de amplias prestaciones sociales a cargo del Estado, una importante extensión del sistema educativo, una estabilidad política prolongada, el desarrollo de las clases medias y la escasa influencia del poder temporal de la Iglesia católica [...] La idea de que el país podía convertirse en un verdadero “laboratorio social” donde se pusiera en práctica, antes que en ningún otro sitio, un modelo de organización social basado en leyes científicas, estuvo en el imaginario de la elite gobernante. En esta configuración, los médicos desempeñaron un importante rol al impulsar los cambios de conducta y hábitos, al promover un modelo racional, pragmático y secular de discusión política, al poner en primera línea los “peligros” que surgían con las crecientes interdependencias y asignarle un papel al Estado en la instrumentación de las políticas que atenderían sus efectos negativos.*⁴³

Coincidimos con Morás cuando sostiene que “*asumir un modelo teórico que interprete el conjunto de transformaciones como operación exclusivamente orientada a la defensa de los intereses de la clase dominante*” plantea el problema de ignorar a los sujetos que eran el principal objetivo del disciplinamiento.⁴⁴ Por tanto, si bien es importante reconocer, entender y demostrar cuáles eran los intereses (económicos, políticos y sociales) de los sectores dominantes, también resulta fundamental alcanzar una contextualización adecuada que nos permita, de ser posible, conocer como el discurso de las elites se adaptó a la realidad local. Esa ausencia de sujeto, la preocupación por las elites (que, es cierto, son las que dejan mayores testimonios) aqueja a varios trabajos que tomamos como antecedente.

En esa dirección se encuentra la obra del historiador de las ideas Arturo Ardao quien, en *Espiritualismo y positivismo en Uruguay*, historió la vinculación entre el positivismo y la fundación de la Facultad de Medicina y dedicó uno de sus capítulos a analizar lo que consideró el “*triunfo del positivismo en la Universidad*”.⁴⁵ Sin embargo, este trabajo, así como otros que se han concentrado en la influencia del positivismo-conservador,⁴⁶ no incorporaron las reacciones en la sociedad que recibió y diseminó las

⁴³ Luis Eduardo Morás, *De la tierra purpúrea al laboratorio social*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2000, en especial pp. 9 y 195.

⁴⁴ *Ibidem*, pp. 14, 15.

⁴⁵ Arturo Ardao, *Espiritualismo y positivismo en Uruguay*, Montevideo, Biblioteca Artigas, Ministerio de Educación y Cultura, 2008 [1949].

⁴⁶ Véase el trabajo del filósofo Alción Cheroni, *El pensamiento conservador en el Uruguay*, Montevideo, ClaeH, 1986. Para este autor el fundamento filosófico originario del pensamiento conservador uruguayo fue el positivismo que se convirtió en “*la cosmovisión de la dinámica industrialista de la burguesía industrial y otros sectores sociales, que trataron de forjar un modelo de capitalismo nacional siguiendo el ejemplo de las naciones europeas avanzadas y de los Estados Unidos*”. Mientras la burguesía hizo del positivismo el marco ideológico para la relación del país con el mercado capitalista, los intelectuales se encargaron de presentarlo como la filosofía del “*progreso social*” y del “*orden social impuesto autoritariamente*” (A. Cheroni, o. cit., p. 43). También la relación entre positivismo y poder médico en Alción Cheroni, “Contexto ideológico y fundamento filosófico del poder médico en el Uruguay”, en AAVV, *La medicalización de la sociedad*, Montevideo, Instituto Goethe-Nordan Comunidad, 1993. En este texto, Cheroni cuestiona algunas de las presunciones de Barrán al sostener que la existencia de un poder médico no implicó la consolidación de un campo autónomo sino que fue “*el reflejo de su acción como portavoces, a veces privilegiados, de la burguesía industrial*”.

ideas positivistas. Los trabajos de Ardao, Barrán, Cheroni y Morás se concentran en determinados grupos sociales: la elite que se encargó de interpretar y distribuir este tipo de corrientes científicas. Sin embargo, hay una dimensión social ausente que nos permite elaborar algunas conjeturas: ¿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? Nuestra intención es cuestionar la idea según la cual las cátedras universitarias, y en concreto la de Psiquiatría, eran enclaves académicos separados de la vida pública. Por el contrario, al analizar el desempeño de los protopsiquiatras y de los abogados que trataron cuestiones concernientes a los alienados, podremos ver sus conexiones con el mundo estatal pero también con la policía, la justicia penal y con el público en general. Por supuesto que ello no implica desconocer el relevante aporte de los historiadores mencionados, así como otros trabajos que abordaron la historia de las instituciones universitarias.

La historia de la Universidad de la República realizada por Ardao también es un trabajo de consulta ineludible, ya que se trata de uno de los primeros apuntes historiográficos sobre la vida universitaria en el país.⁴⁷ No obstante, la obra más sobresaliente en ese sentido es la reconstrucción histórica que sobre la Universidad de la República realizaron los historiadores Blanca París y Juan Oddone, importante para reconsiderar el desarrollo paralelo de determinadas corrientes científicas y sus respectivas comunidades.⁴⁸ También vale mencionar el trabajo coordinado por Vania Markarian sobre el período durante el que Eduardo Acevedo estuvo al frente de la Universidad (1885-1893 y 1895-1899) y provocó un impulso modernizador en la casa de estudios por las transformaciones en la estructura político administrativa y los cambios en el plano de las ideas.⁴⁹ Por último, se podría mencionar un trabajo que no trata sobre la Medicina o el Derecho, pero sí sobre los orígenes de las ciencias agrarias en el país, que se inscribe en una línea de análisis sobre el desarrollo científico institucionalizado.⁵⁰

En la órbita de la Facultad de Medicina, es importante mencionar los trabajos pioneros de los médicos Rafael Schiaffino (considerado el fundador de la Historia de la Medicina en Uruguay), Velarde Pérez Fontana y Fernando Mañé Garzón, quienes, con metodologías y respaldos heurísticos variados, aportaron datos específicos sobre la Facultad de Medicina, las diversas especialidades y la adscripción por parte de los médicos a determinadas corrientes.⁵¹ También importa destacar las actas de sesiones

⁴⁷ El libro reúne una serie de artículos publicados en el semanario *Marcha* en la década del cuarenta del siglo XX: Arturo Ardao, *La Universidad de Montevideo. Su evolución histórica*, Montevideo, Centro de Estudiantes de Derecho, 1950. Utilizaremos en nuestro trabajo la reedición realizada por la Universidad de la República en 2008.

⁴⁸ Blanca París, Juan Oddone, *Historia de la Universidad de Montevideo: la universidad vieja 1849-1885*, Montevideo, Universidad de la República, 1963 y *La Universidad Uruguaya desde el militarismo a la crisis (1885-1958)*, Montevideo, Universidad de la República, 1971, 2 vols. Utilizaremos la edición que de forma reciente realizó la Universidad de la República.

⁴⁹ Vania Markarian (coord.), *1908. El año augural*, Montevideo, Universidad de la República, 2008.

⁵⁰ Daniele Bonfanti, Karla Chagas, Nicolás Duffau, Esther Ruiz, Natalia Stalla, *Una poderosa máquina opuesta a la ignorancia. 100 años de la Facultad de Agronomía*, Montevideo, Facultad de Agronomía, Universidad de la República, 2007.

⁵¹ Velarde Pérez Fontana, *Historia de la Medicina en el Uruguay*, Montevideo, Ministerio de Salud Pública, 1967, 4 vols.; Rafael Schiaffino, *Historia de la Medicina en el Uruguay*, Montevideo, Facultad de Medicina, Universidad de la República 1935-1942, en especial vols. II y III; Fernando Mañé Garzón, *Pedro Visca: fundador de la clínica médica en el Uruguay*, Montevideo, Talleres Gráficos Barreiro, 1983 y *Un siglo de darwinismo*, Montevideo, Facultad de Medicina, Universidad de la República, 1990; Fernando Mañé Garzón, Ricardo Pou Ferrari, *El doctor Julepe. Vida y obra del Dr. Francisco Antonino Vidal (1827-1889)*, Montevideo, Plus-Ultra Ediciones, 2012.

académicas de la Sociedad Uruguaya de Historia la Medicina que se han publicado, con interrupciones, desde la década del ochenta y que reúnen numerosos trabajos sobre la historia de las distintas divisiones disciplinarias, así como investigaciones sobre médicos destacados. Otro material realizado por la Sociedad de Historia de la Medicina son los tres tomos del diccionario biográfico *Médicos uruguayos ejemplares* que reúne nombres de los siglos XIX y XX, y que utilizaremos a lo largo de nuestro trabajo.

Por otro lado, hay una dimensión fragmentaria y memorialística sobre la biografía de algunos médicos célebres que, casi en su totalidad, podríamos considerar producto de marcos de análisis en los que se privilegia la anécdota y carentes de respaldo documental. En esta dirección se encuentran varias de las investigaciones que se elaboraron en el marco de las actividades de la Sociedad de Historia de la Medicina, de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay o de médicos y aficionados interesados en la historia de la Psiquiatría.⁵² Estos relatos y ensayos de despajeo o discutible rigor metodológico, sin un respaldo heurístico claro y sin una debida contextualización, aportan sin embargo datos e insumos para pensar el desarrollo de la actividad psiquiátrica en Uruguay.⁵³ No obstante, es significativo el vínculo con el pasado de la disciplina, en la medida que se cuestiona el período previo a la fundación del Asilo de dementes, pero también se ven como tramos poco memorables la fundación del asilo y del manicomio, por el hacinamiento, las carencias técnicas y administrativas, así como por el trato brindado a los pacientes, aunque se destaca la figura de algunos médicos

⁵² Un ejemplo en ese sentido podría ser la descripción que realiza Mañé Garzón de la primera generación de médicos uruguayos: “*Hijos de sus respectivos pueblos, humildes en su origen, hijos de su esfuerzo en su juventud estudiosa que los llevó a parangonarse con sus compañeros europeos, lo que les dio la palpable comprobación de su indiscutible capacidad, esfuerzo y solidez de conocimiento, volvieron a su país poseedores de la fuerza cultural médica del medio altamente desarrollado donde se habían formado. Con este bagaje indiscutido, impecable, moralmente incuestionable, cargados de la energía de los héroes, cumplieron su misión de pioneros indiscutibles. Nuestra Medicina actual es el legado de este esfuerzo*”. F. Mañé, *Pedro Visca*, p. 13. Otro podría ser la historia de la Cátedra de Medicina Legal elaborada por el médico Augusto Soiza Larrosa, en la que solo se detiene en la biografía de los seis profesores titulares que se sucedieron entre 1877 y 1974. Augusto Soiza Larrosa, “Historia de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Montevideo. 1877-1974”, <http://www.Medicinalegal.edu.uy/depto/historia/dml-hist.pdf>. Por supuesto que este último cuestionamiento no implica que abandonemos la elaboración de breves referencias biográficas (en caso de contar con información) sobre médicos y abogados con los que hemos trabajado a lo largo de la investigación.

⁵³ Humberto Casarotti, “Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, 2007, vol. LXXI, vol. 2, pp. 153-163; Osvaldo do Campo, “La “locura” del virrey y otras “locuras”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 67, n.º 1, agosto 2003, pp. 39-51; Ángel Ginés, “Noventa años de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina”, 1997 (disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias94/art11.htm>), “Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, octubre de 1998, vol. 62, n.º 2, pp. 37-40; Margarita Arduino, Ángel Ginés, “Cien años de la Colonia Etchepare” (2012), disponible en: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/colonia_etchepare100.pdf; Rubén Gorlero Bacigalupi, “A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, mayo-junio de 1980, n.º 267, pp. 87-97; Jorge Lockhart, *La historia del Hospital Maciel*, Montevideo, Editora de Revistas, 1982; Augusto Soiza Larrosa, “Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. 1788-1912”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, mayo junio de 1980, n.º 267, pp. 97-119, “Esbozo histórico sobre la Psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay 1788-1907”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1983, n.º 283, pp. 1-18, “Un célebre juicio de incapacidad a fines del siglo XIX y la herencia patológica del poeta Roberto de las Carreras”, en *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina*, vol. IX-X, 1992, pp. 160-167; Augusto Soiza Larrosa, Daniel Murguía, “Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1987, vol. LII, n.º 309-310, pp. 169-179; Daniel Murguía, Héctor Puppo, “La Cátedra de Psiquiatría. Su evolución histórica”, en *Sesiones de la Sociedad de Historia de la Medicina*, Montevideo, s/d, 1988, en especial pp. 183-188.

considerados fundadores de la Psiquiatría (Bernardo Etchepare, Santín Carlos Rossi, Francisco Soca, entre otros). El abordaje de este tipo de enfoques es una forma de estudiar la Psiquiatría desde los lenguajes disciplinarios de los propios psiquiatras, en la mayor parte de los casos alejados de una teoría de la Historia. Por otro lado, varios historiadores no académicos, como José María Fernández Saldaña o Aníbal Barrios Pintos recrearon, desde las páginas de la prensa, los orígenes y el desarrollo del Hospital Vilardebó, con una perspectiva de tipo anecdótico, pese a lo cual aportan elementos interesantes.⁵⁴

En el campo de la psicología hay que destacar en primer lugar el trabajo de los psicólogos Andrés Techera, Ismael Apud (también antropólogo) y Cristina Borges, quienes realizaron una reconstrucción histórica sobre el Hospital Vilardebó, para luego abordar la situación actual del nosocomio.⁵⁵ Otro enfoque desde la psicología es el trabajo de Agustín Cano que repasa, desde una perspectiva muy cercana a la visión de Barrán, la historia de las instituciones psiquiátricas en el Uruguay desde el siglo XIX al presente.⁵⁶ También se puede destacar la tesis de maestría del psicólogo y antropólogo Fabricio Vomero. Dicho autor expresa un fuerte cuestionamiento al poder psiquiátrico (llega a hablar de “política de exterminio”) y plantea que esta rama de la Medicina es una forma de resolver la disidencia cultural.⁵⁷

En la primera década del siglo XXI, distintos trabajos elaborados en ámbitos historiográficos académicos han prestado atención a la historia de los establecimientos hospitalarios, algunos de los cuales surgieron durante el período aquí estudiado. Sus objetivos, marcos teóricos y metodológicos y conclusiones resultan variados. Podemos destacar la investigación realizada por la historiadora Graciela Sapriza sobre el discurso eugenista de los médicos entre 1920 y 1945,⁵⁸ la historia de la enfermería en el Uruguay,⁵⁹ la investigación realizada por las estudiantes de Historia y funcionarias de la salud Isabel Collazo, Ana Sosa y Leticia Palumbo sobre el Hospital Pereira Rosell para niños y mujeres, creado a comienzos del siglo XX y que fuera el primer nosocomio laico del país, o la investigación coordinada por Antonio Turnes sobre el Hospital de Clínicas —nosocomio universitario fundado el 21 de setiembre de 1953—, que rastrea los antecedentes de la actividad clínica de la Facultad de Medicina.⁶⁰ Este tipo de reconstrucción histórica se concentra en los establecimientos hospitalarios capitalinos;

⁵⁴ José María Fernández Saldaña, “Para la historia del Hospital Vilardebó”, en *El Día* [suplemento dominical], 20 de diciembre de 1942, p. 5; Aníbal Barrios Pintos, Yubrandat Bespali, “Los comienzos de la asistencia psiquiátrica en el Uruguay”, en *El Día* [suplemento dominical], 11 y 18 de marzo de 1973. También hay que destacar el artículo de Rodolfo Obregon, “La Colonia Etchepare”, en *El Día* [suplemento dominical], 8 de enero de 1951.

⁵⁵ Ismael Apud, Cristina Borges, Andrés Techera, *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*, Montevideo, Universidad de la República-Comisión Sectorial de Investigación Científica, 2009, en especial pp. 53-73. Una breve síntesis del mismo texto figura en la página web del hospital: <http://www.hospitalvilardebo.com.uy/#>.

⁵⁶ Agustín Cano, “Apuntes para una genealogía del manicomio en Uruguay” [inédito].

⁵⁷ Fabricio Vomero, *Enfermedad mental, saber psiquiátrico, cultura y orden social en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX. Pedro Rodríguez Bonaparte, un anarquista en el Vilardebó*, Montevideo, 2010 [inédito].

⁵⁸ Graciela Sapriza, *La “utopía eugenista”. Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)*, Montevideo, 2001, tesis de maestría [inédito]. La tesis estuvo dirigida por J. P. Barrán.

⁵⁹ Soledad Sánchez Puñales, *Historia de la Enfermería en Uruguay*, Montevideo, Ediciones Trilce, 2002.

⁶⁰ Isabel Collazo, Leticia Palumbo, Ana María Sosa, *Hospital Pereira Rosell: gestación y nacimiento de un hospital para niños y mujeres (1900-1930)*, Montevideo, Administración de Servicios de Salud del Estado, 2012; Antonio Turnes *et al.*, *Hospital de Clínicas de Montevideo: génesis y realidad: 1887-1974*, Montevideo, Bioerix, 2011.

sin embargo, contamos con trabajos que dan cuenta de nosocomios en el interior del país.⁶¹

Desde la perspectiva medicolegal que hemos planteado resulta necesario señalar algunos textos historiográficos importantes para el estudio de las ideas jurídicas durante el período considerado. Si bien ninguno de ellos se concentró en la “legislación de alienados”, sí dieron cuenta de importantes transformaciones en el campo del derecho (sobre todo penal y civil) que contribuyen a problematizar la situación de los enfermos psiquiátricos entre la mitad del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

En el ámbito de la Facultad de Derecho, podemos destacar enfoques como el del historiador Luis María Delio, que se concentró en el aporte de la Facultad de Derecho en la confección y promulgación de leyes consideradas de “avanzada” durante el primer batllismo (1903-1915). Se trata de una labor de investigación en la cual se combina la historia institucional de la casa de estudios con un abordaje sobre las principales corrientes jurídicas y políticas del período.⁶² Es muy importante, por ejemplo, el encare que Delio realiza sobre la concepción del Estado que tenían los abogados y su participación en la aplicación de políticas públicas desde la década del ochenta del siglo XIX y hasta la segunda década del siglo XX.⁶³

La historiadora Raquel García Bouzas trabajó el mismo período pero se centró en el análisis de distintos abogados y pensadores que se caracterizaron por impulsar disposiciones o cambios que se podrían considerar “progresistas”. Este último trabajo es importante para conocer algunas de las corrientes jurídicas locales que siguieron las ideas presentes en todo el mundo, en especial la antropología criminal.⁶⁴

Otro enfoque que se concentra en el Derecho penal entre 1878 y 1907 (desde la promulgación del *Código de Instrucción Criminal* hasta la abolición de la pena de muerte) es la investigación del historiador Daniel Fessler que estudia el sistema punitivo del período (y cuestiona si existió solo uno), las transformaciones que sufrió la legislación penal, el inicio de la *modernización* punitiva en el país y la consagración de la *criminalidad* como un problema permanente (y no excepcional) para los gobernantes de la época.⁶⁵ Por último, podemos señalar la breve reseña histórica realizada por el abogado penalista Germán Aller, que trata sobre la legislación penal desde el período colonial hasta el siglo XX, aunque la parte dedicada al período de nuestra investigación es muy escueta y general.⁶⁶

Metodología y fuentes

Nuestra investigación se asienta en el tercero de los enfoques propuesto por el historiador Diego Armus dentro de abordajes posibles de la Historia de la Medicina. Armus señaló en primer lugar que la Historia de la Medicina busca conocer aspectos de

⁶¹ Véase por ejemplo Washington Lanterna, Luisa Del Pino, *Crónicas del Hospital Pinilla: Paysandú 1858-1927*, s/d, Montevideo, 1994.

⁶² Luis María Delio, *Nuevo enfoque sobre los orígenes intelectuales del Batllismo. La contribución fundamental de la Facultad de Derecho*, Montevideo, Fundación de Cultura Universitaria, 2007.

⁶³ *Ibidem*, en especial pp. 315-351.

⁶⁴ Raquel García Bouzas, *Justicia y derecho. Orígenes intelectuales del “progresismo” uruguayo*, Montevideo, Byblos, 2007.

⁶⁵ Daniel Fessler, *Derecho penal y castigo en Uruguay (1878-1907)*, Montevideo, Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República, 2012.

⁶⁶ Germán Aller, *Dogmática de la acción y praxis penal*, Montevideo, BdeF, 2008, pp. 7-22.

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 un enfoque que analice 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—, 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 los que Armus llama “metáforas asociadas a una cierta enfermedad” que incluye, 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 e incluso podríamos hablar de una combinación de todos ellos, aunque tenga mayor énfasis el último mencionado.⁶⁷

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 con estas instituciones. La mayor parte de las fuentes se ubican dentro del período 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, dan cuenta del pedido de internación (familiar, judicial, policial, médico), de los antecedentes familiares del interno, las enfermedades que ha padecido, los resultados de la observación clínica, el diagnóstico y un tratamiento. Estas fuentes son importantes porque facilitan el acercamiento al tratamiento 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, solo se conservaron las de 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. Probablemente estamos más ante omisiones en la información que ante diagnósticos patológicos certeros que permitieran conocer a cabalidad la situación de estas personas. 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. Sin embargo, como señala Arlette Farge, esas historias fragmentarias, no lineales, trucas, revelan acontecimientos

⁶⁷ Diego Armus, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007, pp. 17, 18.

y permiten al historiador contar con una especie de “*observatorio social*”. La misma apreciación podríamos realizar para algunos de los expedientes judiciales con que trabajaremos.⁶⁸

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 utilizaremos 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 sospechosos, la papelería de la Cárcel del Crimen y de la Cárcel Correccional y Penitenciaria y 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, así como los planes de estudio que se conservan en el fondo de la Universidad de la República del AGN. En el caso de las revistas, algunas fuentes valiosas, surgidas la mayoría en la órbita de la Universidad de la República, son *Anales de Medicina Montevideana* (1852-1856), *Boletín Médico Farmacéutico* (1874-1883), *Revista Científico-literaria* (1877), *Boletín del Consejo Nacional de Higiene* (1909-1912), *La Gaceta de Medicina y Farmacia* (1881-1884), la *Revista Forense* (1882-1883), *Revista Médica del Uruguay* (1898 en adelante), *Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración* (1898-1910), *Revista de los hospitales* (1910 en adelante), *Anales de la Facultad de Medicina*, entre otras, donde 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.

De esas publicaciones, probablemente la más relevante sea la *Revista Médica del Uruguay* porque destinó un lugar destacado al estudio de historias clínicas de enfermos psiquiátricos y porque en sus páginas publicaron algunos de los médicos que introdujeron los estudios de enfermedades psiquiátricas en el país. El análisis de esta última publicación y de la *Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración* para el caso de las ideas jurídicas, será fundamental para la concreción de nuestra labor. 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 desde 1863 hasta 1912.

⁶⁸ Arlette Farge, *O sabor do arquivo*, San Pablo, Editora da Universidade de São Paulo, 2009, pp. 79-85. También seguimos a Foucault, “La vida de los hombres infames”, pp. 121-138 y Carlo Ginzburg, *El juez y el historiador*, Madrid, Anaya & Muchnik, 1993, pp. 22, 23 y p. 110.

Por su parte, las tesis presentadas ante un tribunal examinador de la Facultad de Derecho⁶⁹ o de la Facultad de Medicina⁷⁰ 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 realizar 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.⁷¹ 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.

En la Facultad de Derecho las tesis eran obligatorias desde 1878 y de acuerdo a los cálculos realizados por Delio, entre ese año y 1902 se presentaron 336 monografías finales (un número significativo se extravió), de las cuales 25 eran sobre Derecho penal y 49 sobre civil.⁷² Varios de los abogados que egresaban tras presentar y defender esa prueba fueron los encargados de instrumentar el reordenamiento del sistema jurídico, al menos entre 1878 y 1907, período que Fessler ha identificado como una etapa de “modernización” jurídica.

En la Facultad de Medicina la tesis fue obligatoria desde el inicio de la institución. El primer egresado data de 1881 (José María Muñoz y Romarate). Entre ese año y 1902 (fecha en la que se suprimió esa prueba final), Fernando Mañé Garzón y Sandra Burgues calculan que se presentaron 135 tesis, de las cuales, según nuestro relevamiento, solo cuatro se concentraron en temáticas relacionadas con las enfermedades psiquiátricas (las de Francisco Soca, Andrés Crovetto, Enrique Castro y

⁶⁹ Véase, entre otros, Gregorio Crovetto, *La codelinquencia y la complicidad. Tesis presentada a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales para optar el grado de doctor en Jurisprudencia*, Montevideo, 1884, Imprenta a Vapor de El Ferrocarril; 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; Francisco Capella y Pons, *La Medicina Legal y la jurisprudencia médica. Lijero estudio presentado a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales*, Montevideo, Imprenta y Encuadernación de Rius y Becchi, 1882; Luis Romeu Burgues, *De los delitos en general*, Montevideo, Imprenta de la Tribuna Popular, 1887; Félix Ylla, *Causas de la delincuencia*, Montevideo, Imprenta Rural, 1892.

⁷⁰ Por ejemplo, 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; Andrés Crovetto, *Algo sobre manicomios*, Montevideo, Facultad de Medicina, 1884; Elías Warren, *Sífilis hereditaria. Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía*, Montevideo, Imprenta Artística de Dornaleche y Reyes, 1891; Enrique Castro, *Legislación sobre alienados*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1899; Francisco García y Santos, *El alcoholismo: “locura” y criminalidad*, Montevideo, Imprenta a vapor de La Nación, 1899; José P. Colombi, *El atavismo y la herencia. Explicación patológica del delito*, Montevideo, Imprenta Rural, 1905; Lorenzo Vicen Thievenet, *El crimen y la epilepsia*, San José, Talleres La Mañana, 1913.

⁷¹ Por ejemplo: “Temas para tesis en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Años de 1891 y 1892”, en *Anales de la Universidad*, Montevideo, año I, n.º 1, pp. 87-93.

⁷² Delio, o. cit., p. 44 y p. 47.

José Agustín Aguerre⁷³), dos sobre legislación (Castro y Crovetto) y otras dos que trabajaron casos clínicos (Soca y Aguerre).⁷⁴

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 directa relación 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.⁷⁵ También analizaremos la papelería que se conserva en el Museo Histórico Nacional (MHN) y que perteneció a algunos médicos destacados como Enrique Castro, Francisco Soca o Joaquín de Salterain. Podemos encontrar en esa documentación apuntes de clases de su período como estudiantes, historias clínicas o borradores de trabajos científicos. Asimismo, en el AGN hay un fondo con documentación sobre los congresos científicos latinoamericanos que funcionaron en forma bienal desde comienzos del siglo XX.

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 en una mayor comprensión del vínculo entre la prensa y la “locura” que, creemos, se extendió más allá de los gabinetes antropométricos. El seguimiento de casos específicos, sobre todo relacionados a hechos de sangre, y su correcto contraste con la documentación judicial, permitirá ver las diversas visiones sobre los episodios y la relevancia que este tipo de noticias tuvieron en las páginas periodísticas.

Estructura de la tesis

La idea inicial es dividir la tesis en cuatro grandes bloques, con sus correspondientes capítulos. En la primera parte, titulada (I) *Institucionalizar* 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 psiquiátricos en sus distintas etapas entre 1860 y 1910. Realizaremos un relevamiento empírico para elaborar una genealogía de las instituciones de asistencia y reclusión psiquiátrica y al mismo tiempo señalar períodos en relación con el predominio de una concepción de asistencia. Buscaremos marcar coyunturas en el desarrollo de las instituciones psiquiátricas en consonancia con el análisis del contexto social, político y económico del país. En el segundo capítulo,

⁷³ No ha sido posible encontrar un ejemplar de esta tesis.

⁷⁴ Datos tomados de Sandra Burgues, Fernando Mañé Garzón, *Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX*, Montevideo, Oficina del Libro de la Asociación de Estudiantes de Medicina, 1996, pp. 147-167.

⁷⁵ Por ejemplo: entre los extranjeros Adolfo [Adolphe] Brunel, *Consideraciones sobre higiene y observaciones relativas a la de Montevideo*, Montevideo, Imprenta de la Reforma Pacífica, 1862; Luis Julio Saurel, “Un ensayo sobre Climatología Médica de Montevideo y del Uruguay publicado en Francia en 1851”, en *Revista Histórica*, Montevideo, diciembre de 1966, tomo XXXVII, año LX, n.º 109-111; 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/d, 1992; entre los médicos uruguayos: Rossi, o. cit.; Bernardo Etchepare, *Los débiles mentales*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1913.

realizaremos un relevamiento cuantitativo sobre las características de los internos del Asilo-Macnionio.

En la segunda parte, (II) *Estudiar*, analizaremos, en el tercer capítulo, la aparición de un cuerpo médico “nacional” —integrado por numerosos profesionales extranjeros—, 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. Nuestro objetivo no será establecer una historia acendrada de la disciplina: simplemente buscaremos estudiar algunos momentos significativos del complejo proceso de constitución de esta rama de la Medicina durante su *statu nascendi*.

En el cuarto capítulo intentaremos conocer (pese a nuestra impericia técnica) las distintas patologías definidas por los médicos de la época. Para ello combinaremos el análisis de la nosografía biológica con las causas sociales que —según entendían aquellos facultativos— incidían en las patologías, ciñéndonos a las definiciones brindadas por los profesionales del período sin recurrir a acepciones modernas o actuales.

En el quinto capítulo estudiaremos las distintas variantes de tratamiento propuestas primero por los administradores del Asilo y también por los médicos. En ese sentido, y conforme avanzó el proceso de secularización dentro del hospicio, podremos ver una evolución en las propuestas de cura, en los castigos, así como en la combinación de tratamientos que apuntaban a lo psicossomático y a mejorar la situación *moral* de los pacientes.

Esto abrirá la puerta para la tercera parte del trabajo, (III) *Señalar*. En el sexto capítulo, abordaremos las llamadas causas sociales y el rol de los psiquiatras en distintas propuestas de “reforma moral”. En ambos casos apuntamos a conocer cómo y de qué manera los médicos psiquiatras fueron ganando legitimidad y ya en la primera década del siglo XX gozaban de tanta influencia en la vida política del país. El capítulo se dividirá en cuatro partes en las que nos concentraremos en analizar distintas formas sociales que asumió la enfermedad mental durante el período: alcoholismo, sexualidad, militancia política y *neurastenia* (en su vínculo con la inmigración y la “modernidad”). Si bien pueden parecer comportamientos o actitudes disímiles, lo que las aúna es su capacidad, desde la perspectiva médica, para cuestionar o intentar subvertir (aunque no siempre de forma deliberada) el orden establecido.

Por último, en (IV) *Reprimir y contener*, abordaremos, en el séptimo capítulo, la compleja relación entre médicos y abogados a lo largo del período. Analizaremos cómo si bien la Psiquiatría 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, la discusión sobre la imputabilidad o la inclusión de capítulos específicos sobre la alienación mental en el *Código Civil* (1869) y en el *Penal* (1889), fueron conformando el saber tecnicopolítico sobre los “locos”.

El trabajo se cerrará con una serie de consideraciones finales, a modo de conclusión o síntesis, es las que daremos cuenta de los principales aportes de la investigación y los puntos más sobresalientes sobre la construcción de conocimiento original en relación con la historia de la Psiquiatría local para el período considerado. A un tiempo, plantearé las posibilidades futuras de investigación dentro del mismo campo.

I. Institucionalizar

Capítulo 1

Del Asilo de Dementes al Hospital Vilardebó

Introducción

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 etapizar 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 y 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, 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 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 con distintas transformaciones que atravesó el naciente 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.⁷⁶

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 (Teniente Protomédico), tarea que asumió Cristóbal Martín de Montúfar, 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.⁷⁷ 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 con el 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.⁷⁸ 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.⁷⁹

⁷⁶ Sobre la relación entre lo demoníaco y la locura: Jean Delumeau, *El miedo en Occidente*, Madrid, Taurus, 2002, p. 631. Sobre la relación entre la “locura” y la intervención de fuerzas “superiores”, “terribles”, véase Porter, o. cit., pp. 21-41. Para el caso local véase Museo Histórico Nacional, Manuscritos del Doctor Enrique Castro, Enrique Castro, *Legislación sobre alienados. Manuscrito de la tesis de Enrique Castro para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía (1898)*, MHN, Manuscritos del Dr. Enrique Castro, tomo 1436, f. 131 [en adelante citaremos como Enrique Castro, en referencia al texto manuscrito utilizado].

⁷⁷ Según el cronista decimonónico Isidoro de María, entre los vecinos que integraban la Cofradía se encontraban Francisco Antonio Maciel, Mateo Vidal, Francisco Medina, José Cardoso, Rafael Maldonado, Francisco Larrobla, José Bermúdez, Juan Antonio Guzmán, José Plá y Tomás Escobar. El mismo autor sostiene que en el transcurso del siglo ese número “llegó a subir a 300 Hermanos y cerca de 200 Hermanas de San José y Caridad” y “como la caridad, esa virtud sublime, no tiene patria, ni para ejercerla hay distinción de clases, creencias ni nacionalidades, tuvo por obreros a hombres de corazón, almas templadas por el calor de la filantropía, desde la más encumbrada hasta la más humilde condición social”. 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.

⁷⁸ Murguía, Soiza Larrosa, art., cit., p. 170; Gorlero Bacigalupi, art., cit., p. 88.

⁷⁹ Los motivos de la enfermedad, vinculada a lo diabólico o a causas “mágicas”, formaban parte del ideario sobre la locura o enajenación. Daniel Granada, en su libro de 1896 (al que consideró un alegato contra el “materialismo, o sea el positivismo”) compiló distintas tradiciones nativas, folclóricas y rurales, vinculadas a lo mágico, lo supraterráneo, el vínculo con la naturaleza y la enfermedad. En uno de varios pasajes dedicados a la “locura”, sostuvo que desde la “conquista” de América “atribúyese en especial a las mujeres la virtud de dañar con los ojos. [...] La encandecida mirada de una tierna mujer, bella y graciosa, verdaderamente fascina, con frecuencia hace desfallecer, y no pocas veces enferma, ocasionando terribles dolencias cardíacas, la tisis, la locura y la muerte”. (Daniel Granada, *Reseña histórica descriptiva de antiguas y modernas supersticiones del Río de la Plata*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1896, p. 549). Una referencia similar encontramos en la obra del médico rural Roberto Bouton, quien desempeñó su carrera profesional en la zona este del país a fines del siglo XIX y en las tres primeras décadas del XX. En sus relatos, compilados a la postre en un *Diccionario rural*, Bouton se refirió, no sin asombro, a los brujos o curanderos del interior, cuya actuación atribuyó a la “credulidad del vulgo” que consideraba que tales personas tenían poderes capaces de “privar de la salud o de la vida, trastornando el juicio o causando otro daño en virtud del pacto hecho con el Diablo” (Roberto Bouton, *La vida rural en el Uruguay*, Montevideo, Banda Oriental, 2009, tercera edición, p. 353). Elocuente en ese sentido es el expediente judicial citado por Eduardo Salterain y Herrera (que no fue posible encontrar en la Sección Judiciales del AGN), que trata el caso de “la negra Isabel” cocinera de una estancia en Cerro Largo, quien, en el juicio en su contra, declaró “haber echado en la comida que hizo para su patrón, una porción del yuyo llamado mio-mio”, el cual, una vez ingerido, provocó la pérdida de “juicio” de la familia “pues todos, unos más y otros menos, daba gritos, rezaban, quebraban objetos de la casa y hasta mataron a las

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 hospitalidades (obligación nunca cumplida por su esposo, lo que derivó en un sonado juicio con la Hermandad).⁸⁰

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”.⁸¹ 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 del mismo.

La *Memoria Instructiva* del hospital — fechada en 1826 aunque de momento no fue posible encontrar en los archivos—, citada por Murguía y Soiza Larrosa, sostenía 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.⁸² 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 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 que “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”.⁸³ 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”.⁸⁴ 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

gallinas y los perros”. Archivo del Juzgado Letrado Departamental de Melo, año 1874, expediente n.º 30: “Sumario contra la morena Isabel Méndez”, citado en Eduardo de Salterain y Herrera, *Latorre. La Unidad Nacional*, Montevideo, Estado Mayor del Ejército, 1975, pp. 477, 478.

⁸⁰ Soiza Larrosa, “Antecedentes históricos...”, cit., p. 101.

⁸¹ *Ibidem*, p. 102.

⁸² *Ibidem*, p. 104.

⁸³ Antonio N. Pereira, *Recuerdos de mi tiempo*, Montevideo, 1891, pp. 150, 151.

⁸⁴ Antonio N. Pereira, *Novísimas y últimas cosas de antaño*, Montevideo, 1899, pp. 49-51.

“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 que el comisario de la ciudad debió golpearlo con “una hastilla de leña [sic]” para “reducirlo”.⁸⁵ 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”.⁸⁶

Situaciones que vinculaban a los locos con 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, coronel Lorenzo Latorre —quien había llegado al gobierno tras un golpe de Estado en marzo de 1876— 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”.⁸⁷ 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 diez 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”.⁸⁸ Sobre el mismo personaje también escribió el periodista y político Daniel Muñoz, a través de su álgido Sansón Carrasco. Describió en 1885 a Viruta (sin *s* al final, 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).

Viruta(s) vivía con los caballos porque los empleados de las empresas de transporte le permitían usar las caballerizas como refugio, beber agua “en los abrevaderos” y dormir “cubierto con una manta para remedar en todo a los brutos con quienes aspiraba a igualarse”. Sin embargo, esa libertad de la que gozaba también fue su perdición (y es una constatación de que la presencia de “locos” en las calles no era tan aporosa) ya que murió, en 1885, a manos de oficiales del cuerpo de Artillería, quienes le dispararon porque no acató, una madrugada, la voz de alto. Así llegó al final de sus días “aquel pobre jaquijaco [sic], por lo que tenía de chulo y de caballo, tan inútil como hombre que como bestia, pues ni pensaba ni tiraba”.⁸⁹

⁸⁵ Archivo General de la Nación, Documentos de la Administración Central, Fondo Ex Ministerio de Gobierno y Ministerio del Interior (en adelante AGN, DAC, MG), caja 858, documento 268.

⁸⁶ AGN, DAC, MG, Caja 943, documento 461.

⁸⁷ Brendel, o., cit., p. 205.

⁸⁸ Rómulo Rossi, *Recuerdos y crónicas de antaño*, Montevideo, La Mañana, 1924, vol. II, pp. 68, 69.

⁸⁹ 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.

La presencia de los enfermos psiquiátricos en las calles no fue privativa del siglo XIX. Por el contrario, en el siglo XX aun abundaban los “tipos populares” que poblaban la crónica costumbrista de diarios y revistas y al mismo tiempo ayudan a desestimar la visión según la cual todos los “alienados” fueron enviados al manicomio o a los hospitales.⁹⁰ 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. Un ejemplo de varios que podríamos mencionar, es la biografía realizada por la revista *Rojo y Blanco*, sobre Venturita, “idiota” de la ciudad de Porongos en el departamento de Flores, con quien los jóvenes no tenían “caridad” y “perseguián [...] con motes y le apedreaban incesantemente”, pese a lo cual y de forma paradójal:

*todos le tenían lástima y hasta le profesaban cierto cariño, sin duda porque estos seres anómalos forman en los pueblos algo así como un elemento, sino de ornato, de diversión pública, indispensable para acentuar la fisonomía y la vida local.*⁹¹

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.⁹² El encierro del enfermo no ocurría solo en las clases altas: algunos testimonios de época permiten observar que se trataba de una medida recurrente. Una nota enviada por el responsable de la Jefatura Política y de Policía del departamento de Minas (hoy Lavalleja) al ministro de Gobierno y Relaciones Exteriores Florentino Castellanos en agosto de 1852, solicitaba “instrucciones para espedirme [sic] respecto a las personas dementes”, puesto que en la jurisdicción bajo su responsabilidad vivía “una mujer que en los accesos de su desorganización mental, toma la calle para entregarse luego al desorden inmoral, a que la lleva su estado”. Por lo que dispuso “encerrarla en un cuarto de su misma casa, por no haber aquí una piesa [sic] para asegurarla”, y solicitaba fuera enviada al hospital de Caridad, ya que la familia “no puede vivir con ella, ni verse libre de sus ataques y palabras obsenas [sic], mientras está en la piesa [sic] que se le ha destinado”.⁹³ 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 salvaguarda “la seguridad de tales personas” que el enfermo fuera encerrado en “la carcel de la

⁹⁰ El periodismo y la literatura costumbrista siguieron recurriendo durante el siglo XX al manicomio y a la “locura” como problema para satirizar los tipos sociales más relevantes. Tal vez un punto de quiebre con esta concepción fue la publicación del libro de cuentos del psiquiatra Isidro Mas de Ayala, quien se había formado en Uruguay entre la primera y segunda década del siglo XX. En el libro, Mas de Ayala presentó al Hospital Vilardebó como un establecimiento no apto para la reclusión y al mismo tiempo intentó humanizar a los enfermos (por ejemplo en “Himno a la ciclotimia” donde trabaja con los papeles de Leandro Cortes, un enfermo que dejó su testimonio). Isidro Mas de Ayala, *Cuadros de hospital*, Montevideo, Imprenta Renacimiento, 1926.

⁹¹ *Rojo y Blanco. Semanario Ilustrado*, Montevideo, 17 de febrero de 1901, año II, n.º 8, p. 189: “Venturita”. Volveremos sobre el caso más adelante, al tratar la vinculación entre ‘locura’ y homosexualidad. También véase “Vida y muerte de un personaje uruguayo”, sobre el médico y exdiputado Adrián F. Méndez, quien, a decir del periodista Juan José Soiza Reilly, “se hizo atorrante” y pasó a vivir en la calle. *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 28 de julio de 1906.

⁹² Castro, tomo 1436, cit., f. 131.

⁹³ AGN, Archivo General Administrativo, Departamento de Minas, Jefatura Política, libro de comunicaciones años 1852 a 1859 y 1862-1868, documento n.º 472, f. 12.

Ciudadela i otros parages [sic] semejantes".⁹⁴ 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".

Avanzando en el tiempo, 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 (nieto del destacado político Manuel Herrera y Obes y sobrino del presidente constitucional entre 1890 y 1894 Julio Herrera y Obes). 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 visto nunca*".⁹⁵ Todavía en 1914 el médico psiquiatra Santín Carlos Rossi⁹⁶ (uno de los profesionales más importantes del período) insistió 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*".⁹⁷ 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.⁹⁸ El rechazo a la intervención del médico o a la reclusión del familiar también 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.⁹⁹ 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

⁹⁴ AGN, DAC, MG caja 791, carpeta 11, documento 316.

⁹⁵ Fernán Silva Valdés, "Autobiografía [segunda parte]" en *Revista Nacional*, Montevideo, octubre-noviembre de 1957, n.º 2, 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 agregar 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 Mazzucchelli, *La mejor de las fieras humanas. Vida de Julio Herrera y Reissig*, Montevideo, Taurus, 2010, pp. 47 y 89.

⁹⁶ Nació en el departamento de Flores en 1884 y murió en Montevideo en 1936. Médico psiquiatra, egresó de la Facultad de Medicina en 1911 y trabajó en el Hospital Vilardebó. Otros datos biográficos de Rossi los veremos en el transcurso del texto (datos tomados de Horacio Gutiérrez Blanco (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, Montevideo, Asociación Médica del Uruguay, 1989, vol. II, pp. 249-251.

⁹⁷ Santín Carlos Rossi, *El alienado y la sociedad*, Montevideo, Administración de Lotería, 1914, p. 16.

⁹⁸ Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 57.

⁹⁹ Murguía, Soiza Larrosa, art., cit., p. 170.

*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.*¹⁰⁰

José Pedro Barrán fue el historiador local (podría decirse que el único) que, desde nuestro punto de vista, mejor problematizó el vínculo entre los hombres decimonónicos y su relación con la beneficencia. Según este autor, la beneficencia, a través por ejemplo de la limosna, generaba “*consecuencias sociales*” al conferir un “*sentido moral a la riqueza*”, ya que a través de ella se expresó “*la virtud de los ricos, su deber pero también su derecho, la buena obra que les permitiría salvarse*”. Para estos hombres, esa situación era consecuencia de un “*plan divino*” en el que ricos y los pobres se necesitaban mutuamente, ya que unos alcanzaban con la ayuda material la salvación y los otros lograban la ayuda que requerían. “*Los miserables —no la miseria — eran funcionales para los ricos —no para la riqueza. Y desde este ángulo, la limosna era una inversión que producía bienes, pero espirituales*”.¹⁰¹ Esa relación con la caridad marcó con una impronta muy fuerte al hospicio creado en forma exclusiva para los enfermos psiquiátricos.

En 1843 la Hermandad fue disuelta y sustituida por una Comisión de Caridad nombrada por el Ministerio de Guerra, mientras que el Hospital de Caridad fue transformado durante la Guerra Grande (1839-1851) en Hospital de Sangre. El 28 de mayo de 1852 la Junta Económico-Administrativa de Montevideo —órgano rector de la ciudad que sustituyó a los cabildos coloniales— se encargó del hospital.¹⁰² Las atribuciones a una junta montevideana de una actividad que pretendía ser nacional, da cuenta de los dos frentes en que se movía el Estado uruguayo, ya que dirigió hacia la capital del flamante país las tareas de asistencia sanitaria, con intención de convertirla en un servicio para todo el territorio, pero, como veremos, marginando a los habitantes del interior y obligándolos a acudir a la capital en caso de necesitar asistencia.

En ese año de 1852 se creó, bajo la orbita de la Junta, la primera Comisión de Caridad y Beneficencia Pública. La integraban algunos de los hombres más distinguidos del *patriciado* uruguayo¹⁰³, 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,¹⁰⁴ el comerciante Jacobo Varela (padre de José Pedro, responsable de la reforma educativa iniciada en 1877). Si bien no es posible desgajar la mirada de Mañé Garzón de su condición de médico, consideramos 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

¹⁰⁰ Citado por Soiza Larrosa, “Antecedentes históricos...”, cit., p. 104.

¹⁰¹ José Pedro Barrán, *La espiritualización de la riqueza*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1998, pp. 128, 129.

¹⁰² Véase *Reseña retrospectiva del Hospital de Caridad*, Montevideo, Tipografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1889, p. 40; *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios en 1905*, Montevideo, Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, 1907, pp. 9, 10.

¹⁰³ Seguimos la definición de ‘patriciado’ elaborada por Carlos Real de Azúa, para quien ser ‘patricio’ daba cuenta de un concepto de clase dirigente fundacional, atravesado por diferencias intestinas pero no tan fuertes para romper los lazos de solidaridad existentes. Se conformó con distintos sectores: estancieros, integrantes del alto comercio, burócratas, militares, profesionales y eclesiásticos. Carlos Real de Azúa, *El patriciado uruguayo*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1981.

¹⁰⁴ Había realizado sus estudios en Buenos Aires que luego reválido en París. En ese entonces se desempeñaba como médico del Hospital de Caridad. Mañé Garzón, Pou Ferrari, o. cit., p. 87.

*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.*¹⁰⁵

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 1851.¹⁰⁶ 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 si el Hospital Civil, el Hospital Militar, Cuna y dementes*”, tareas “*que en otros países forman otros tantos establecimientos separados, bien rentados.*”¹⁰⁷ 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 al 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 en funciones de 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 Gómez¹⁰⁸ (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, 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, 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.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Mañé Garzón, *Pedro Visca*, o. cit., p. 135.

¹⁰⁶ Saurel, o., cit., p. 618.

¹⁰⁷ AGN, DAC, MG, caja 995, documento sin número [23 de junio de 1852]

¹⁰⁸ Hombre muy vinculado al Partido Colorado, ocupó el Ministerio de Hacienda de la dictadura de Venancio Flores y el de Gobierno en la presidencia de José Ellauri en 1875.

¹⁰⁹ Datos tomados de de María, *Memoria Histórica*, o. cit., p. 23.

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*”.¹¹⁰ 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 veinticuatro más.¹¹¹ El 18 de mayo 1860 presentaron sus votos definitivos las primeras cinco novicias nacidas en Uruguay.¹¹² 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 con 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 vinculada a un modelo de gestión, pero también a la experiencia de las religiosas en establecimientos hospitalarios europeos así como a la ausencia total de personal capacitado en el país. Pero su arribo también 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.¹¹³

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 cura¹¹⁴.

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).¹¹⁵ 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

¹¹⁰ Citado por Mañé Garzón y Pou Ferrari, o. cit., p. 88.

¹¹¹ de María, *Memoria Histórica*, o. cit., p. 25; Facundo Zuviría, *Las Hermanas de la Caridad*, Montevideo, Imprenta del Mercurio, 1858.

¹¹² 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, Fernando Mañé Garzón, *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (correspondiente al año 2004)*, Montevideo, Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, volumen XXIV, p. 234.

¹¹³ Caetano y 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 y 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. Caetano, Geymonat, o. cit., p. 54.

¹¹⁴ 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 a la violencia como parte del tratamiento del abuso de la misma que llevó a que los internos fueran golpeados, atados o castigados físicamente de otras formas.

¹¹⁵ Soiza Larrosa, “Antecedentes históricos...”, o. cit., p. 107.

enfermedades de tipo psíquico. Ese mismo año se abrió en el hospital el llamado Departamento de Dementes.¹¹⁶

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 (1839-1851). El objetivo era recluir allí no solo 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 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 1857¹¹⁷), 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 Burgués.

El 17 de junio de 1860 fue inaugurado el primer Asilo de Dementes con 25 o 28 enfermos (el número varía según las fuentes).¹¹⁸ 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, en la que se 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*

¹¹⁶ Do Campo, art., cit., p. 43.

¹¹⁷ Francisco Antonino Vidal nació en San Carlos, actual departamento de Maldonado, el 14 de mayo de 1827. Como se señaló arriba realizó estudios secundarios y de Medicina en París, donde su familia vivía desde la década del cuarenta del siglo XIX. Su padre fue un reconocido político, constituyente en 1830, legislador y ministro de Estado que, luego de una serie de desavenencias con Fructuoso Rivera durante la Guerra Grande, decidió alejarse del país. Su hijo, de igual nombre, regresó al país en 1854 y revalidó su título de médico cirujano. Luego de la revolución encabezada por el caudillo Venancio Flores, Vidal se incorporó al nuevo gabinete como ministro de Gobierno el 25 de febrero de 1865 e incluso suplió a Flores detentando el cargo de gobernador delegado, mientras el dictador se encontraba al frente de las tropas en Paraguay. En 1868 fue electo diputado y ocupó de allí en adelante, de forma alternada, la diputación y la senatoria. En 1880, como presidente del Senado, reemplazó al dictador Lorenzo Latorre al frente del Poder Ejecutivo y ejerció como presidente interino hasta la elección por la Asamblea General del coronel Máximo Santos. Tras la presidencia de Santos, un estratagema político colocó nuevamente a Vidal en la presidencia, pero la revolución del Quebracho en 1886 lo llevó a renunciar a la presidencia y puso fin a la influencia directa de Santos. Vidal, quien murió el 7 de febrero de 1889, es una de las figuras tal vez más poco discutidas pero también más polémicas del siglo XIX uruguayo. Datos tomados de Mañé Garzón, Pou Ferrari, o. cit., pp. 11, 12, y José María Fernández Saldaña, *Diccionario uruguayo de biografías 1810-1940*, Montevideo, Editorial Amerindia, 1945, pp. 1310-1312.

¹¹⁸ En los países vecinos encontramos que en 1852 fue inaugurada en Santiago de Chile la Casa de Orates Nuestra Señora de los Ángeles, 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 Pita, o. cit., p. 28.

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"*.¹¹⁹ Según el galeno francés, *"las condiciones primordiales que deben distinguir el carácter físico de un establecimiento para dementes"* eran el aislamiento para evitar las molestias ocasionadas por una *"vecindad incómoda"*, la provisión de agua potable, *"construcciones subdivididas y arregladas y separadas según lo exiga [sic] el tratamiento de cada clase de demencia y el de cada demente en particular"* y no descartaba la posibilidad de *"construir un establecimiento para cada sexo"*.¹²⁰

Según 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.*¹²¹

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, y sobre todo su condición de homeópata, fue foco de numerosas controversias. En 1863, el presidente de la Junta de Higiene, Dr. Fermín Ferreira,¹²² 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 y provocó que la Junta diera marcha atrás con lo resuelto; D’Kort permaneció 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.

Las dificultades entre médicos y homeópatas no finalizarían con la designación de D’Kort, muy resistido y cuestionado.¹²³ El punto es interesante porque permite ver la

¹¹⁹ Brunel, o. cit., p. 290.

¹²⁰ *Ibidem*, p. 322.

¹²¹ *Ibidem*, pp. 320-329.

¹²² Fermín Ferreira nació en Bahía en 1803. Sin embargo, rápidamente sus padres se radicaron en Montevideo, ciudad en la que se escolarizó. Estudió Medicina en Buenos Aires y egresó entre 1826-1829 (su hijo y biógrafo presenta dos fechas). Fue médico en el Ejército argentino y participó de las batallas contra el Imperio de Brasil. En 1829 fue nombrado cirujano mayor del Ejército oriental y al año siguiente fue ratificado como integrante de la Junta de Higiene Pública. Hombre de confianza de Fructuoso Rivera, desempeñó durante la Guerra Grande distintas tareas en las huestes conducidas por el caudillo oriental. Además de su actuación como médico, sus intereses como naturalista lo llevaron a formar parte del núcleo fundador del Instituto Histórico y Geográfico Nacional. Murió el 10 de octubre de 1867. Referencias tomadas de Mariano Ferreira, "Fermín Ferreira", en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. 1, pp. 41-49.

¹²³ Ese diferendo también se trasladó a la historiografía; por ejemplo, en su artículo sobre la Historia del Vilardebó, Fernández Saldaña hace referencia a D’Kort, a la aplicación del método homeopático y plantea que *"recién en el año 1875 se subsanó esta anormalidad dándose el cargo a un facultativo examinado"*.

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 autorizado por las religiosas, quienes por lo general no se mostraban indulgentes.

Al mismo tiempo, se observa al relevar las fuentes problemas con la admisión de pacientes que llegaban al hospicio sin aparentes síntomas de enfermedad psiquiátrica. Por eso, en 1862 Brunel insistió en que

*el director del asilo, no debe admitir a ninguna persona, sin que se le presente una solicitud pidiendo la admisión, y un certificado de médico constatando la enajenación mental de esa persona con todos los pormenores conocidos de la enfermedad.*¹²⁴

Los “dementes” que debían ser admitidos en un asilo eran, siguiendo a Brunel, de tres clases: primero “*los que turban el orden público o que comprometen la seguridad de las personas*”, en segundo lugar “*aquellos cuya familia no puede darles asistencia y los cuidados necesarios*” y por último “*los vagos e inofensivos que — aunque no sean muy perjudiciales a los demás— viven en la desgracia por las aberraciones de su espíritu*”.¹²⁵

En 1874 atendían a los 325 pacientes del Asilo dos médicos, doce sirvientes y siete hermanas de Caridad.¹²⁶ Esas siete hermanas prueban que la presencia religiosa 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 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).¹²⁷

1860 28

Fernández Saldaña, “Para la Historia...”, cit, p. 5. Subrayado nuestro.

¹²⁴ Brunel, o. cit., pp. 330.

¹²⁵ Ídem.

¹²⁶ *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, AGN, Colección de Folletos, n.º 116, planilla n.º 3.

¹²⁷ 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 el caso de los datos proporcionados por la Comisión de Caridad pudimos corroborar que en 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.

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*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1934, vol. IV, p. 140.

Aunque incompletas (y probablemente con subregistro), las cifras dan cuenta del dato evidente que es el 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*”.¹²⁸ 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 también se relacionó con el 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, de banqueros y sobre todo de terratenientes, quienes exigieron el respeto irrestricto a la propiedad privada en el medio rural.¹²⁹ Por tanto, el asilomanicomio 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 en la medida en 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

¹²⁸ Germán Segura, *Cólera morbus epidémico. Tesis de la Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Imprenta del Plata, 1868, p. 11.

¹²⁹ La nueva legislatura electa en 1878 lo designó presidente constitucional en febrero de 1879. Eduardo Acevedo, *Anales Históricos del Uruguay*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1934, vol. IV, p. 25.

batallones o a los trabajos públicos.¹³⁰ 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 encuentran los planteos de Barrán, cuando sostiene 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 interno*” perteneciente al “*pobrerío rural*”.¹³¹

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.¹³²

La presencia masiva de pacientes presentó algunos problemas con la 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.*¹³³

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.*¹³⁴

Situaciones de este tipo motivaron que la Comisión de Caridad 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 Alienados, respecto de los individuos que se hallan allí asistiéndose en calidad de presos sometidos a la acción de los juzgados del Crimen*”.¹³⁵ Podríamos pensar que el

¹³⁰ Raúl Jacob, *Consecuencias sociales del alambramiento*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1969.

¹³¹ Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 52.

¹³² Brendel, o. cit., p. 129.

¹³³ Archivo General de la Nación, Historia de la Administración, Ministerio de Salud Pública, Archivo del Hospital de Caridad de Montevideo (en adelante AGN-HA-MSP-HCM), libro 4837, fs. 180, 181.

¹³⁴ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4837, fs. 180, 181.

¹³⁵ *Ibidem*, f. 184.

problema no era solo locativo, sino que se vinculaba, como veremos más adelante, con el flujo permanente de delincuentes comunes hacia el asilo y con las desavenencias que tal situación generaba entre la Comisión de Caridad y la Policía. Casos como los que relataremos a continuación también dan cuenta de los conflictos e intereses en pugna que llegaron a no reconocer a los médicos autoridad para la internación de pacientes, así como del involucramiento de las fuerzas policiales en las tareas asistenciales y sanitarias.

En marzo de 1879 el Jefe de la policía de Montevideo, Apolinario Gayoso, insistía ante la Comisión de Caridad porque

*se encuentran en esta Jefatura varios individuos que según el informe del médico de Policía deben pasar a dicho Asilo, y se hace por consiguiente necesario que uno de los médicos del hospital se traslade a esta Casa Central a fin de dar su opinión sobre el estado de los individuos de referencia.*¹³⁶

En abril de ese año Gayoso encontró la solución al problema y consiguió una habitación del Lazareto, “de acuerdo con el médico del Asilo de Dementes”, para “la observación de las personas que se suponen afectadas de enajenación mental” por lo que “en lo sucesivo deberán ser conducidos directamente las mencionadas personas al referido Lazareto”.¹³⁷ Podemos pensar que la renuencia de los médicos del Asilo para 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 crecimiento de los internos también 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”¹³⁸

¹³⁶ *Ibidem*, f. 196.

¹³⁷ *Ibidem*, f. 201.

¹³⁸ 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: “Honran a la sociedad uruguayo que asilen a los dementes en un palacio, con más comodidades que las conocidas en sus hogares. Matías Alonso Criado. Montevideo, Febrero 21/93”. “Esta mansión humanitaria que tan

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 población¹³⁹. El 22 de julio de 1878 el litógrafo Luis Peña reclamó a la Comisión de Caridad el pago por la realización de 20 000 reproducciones de una postal con un grabado donde se copiaba el edificio del asilo.¹⁴⁰ 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 daba cuenta de la vida cotidiana en el asilo y posteriormente en el manicomio.¹⁴¹ Seguramente, las litografías, fotografías y notas de prensa respondieron a la necesidad de mostrar al 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 —se dijo— no se utilizaría la violencia contra los pacientes sino un tratamiento que permitiera la cura de los internos.¹⁴² A comienzos del siglo XX y pese a sus numerosas transformaciones en la planta física, al proceso de secularización creciente —como veremos— y a las denuncias sobre hacinamiento y malos tratos, el nosocomio (“*el primero de Sud-América y uno de los primeros del mundo*”) formaba parte de los posibles recorridos ‘turísticos’ propuestos a los visitantes de Montevideo.¹⁴³

dignamente está a cargo del Sr. Ortíz da una idea muy adelantada del sentimiento filantrópico y del progreso y civilización de este país. Carlos Bauzá. Ejército de Chile. Montevideo, Julio 15/90” (Hospital Vilardebó, *Manicomio Nacional. Libro de visitantes*, f. 3 y f. 5). “*El Manicomio Nacional, por su construcción moderna, extensión y dirección facultativa, se halla a la altura de los principales asilos de Francia e Inglaterra, siendo un establecimiento que honra extraordinariamente al país.*” (*La Gaceta de Medicina y Farmacia*, 15 de enero de 1882, año I, n.º 4, p. 142); “*Basta decir que en todo Sud América, tal vez, no se encuentra una igual de su género; que está tenido con un orden y una limpieza admirables; que se asilan allí más de trescientos infelices faltos de razón y que no son raros los casos de cura radical aún los desesperantes para la ciencia, que se han obtenido en este establecimiento, timbre de verdadero orgullo para esta hermosa capital.*” *La Ilustración Uruguaya*, Montevideo, 15 de noviembre de 1883, año I, n.º 7.

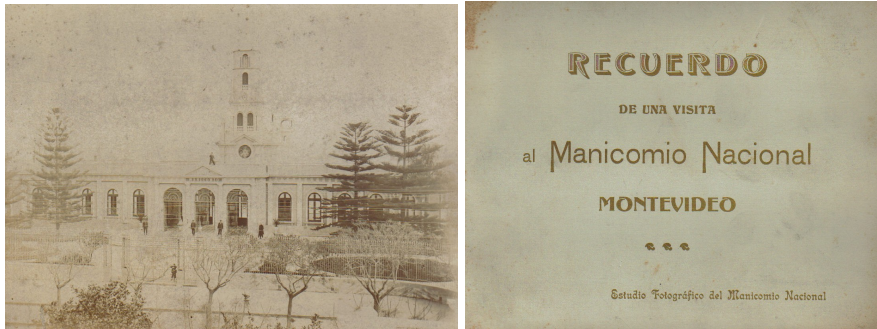
¹³⁹ De momento no fue posible encontrar ninguno.

¹⁴⁰ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4836, f. 449.

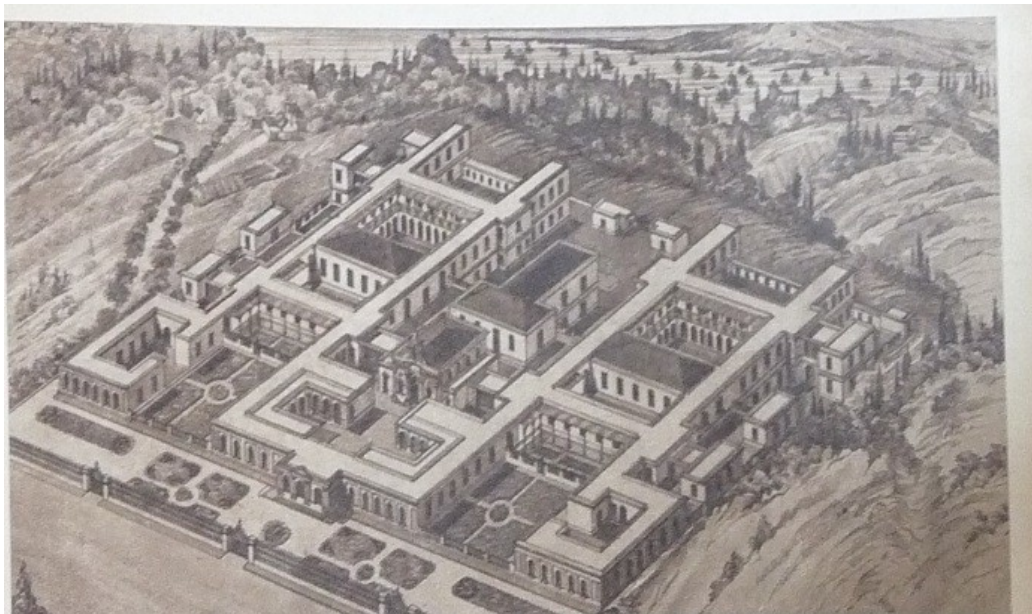
¹⁴¹ La página web española *Psiquifots*, dedicada a imágenes mundiales vinculadas a la Psiquiatría y a los enfermos psiquiátricos, cuenta con una reproducción de un álbum sin fecha sobre el Manicomio Nacional donde se muestran las salas e instalaciones (<http://www.psiquifotos.com/2009/09/83-la-cabecera-del-blog.html>).

¹⁴² Este fue un fenómeno mundial que buscó el “embellecimiento” de todas las instituciones de control y represión con ánimo de invisibilizar su presencia en la ciudad. Véase Pratt, o. cit., pp. 75-86: “*Las autoridades penales de todo el mundo civilizado intentaban añadir una visión más atractiva a lo que ahora consideraban el exterior innecesariamente espartano de sus propias instituciones*”. Sobre el caso argentino véase Ablard, *Madness...*, p. 18.

¹⁴³ *El Secretario del Turista. Guía semestral*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1903, p. 40.



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, sin fecha.



Litografía del proyecto de Manicomio realizada por Luis Peña, tomada de Fernández Saldaña, “Para una Historia...”, o. cit., 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 15 000 m², 132 m de fachada, 100 m de fachadas laterales y 150 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 ubicó 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 1899.¹⁴⁴

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*”.¹⁴⁵ 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-arquitecto interpretó esa situación a la “*falta de competencia*” y las “*impertinentes órdenes*” de los integrantes de la organización de la beneficencia pública.¹⁴⁶

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 (y que trataremos más adelante). Incluso, luego de inaugurado el establecimiento, muchos pacientes siguieron cumpliendo tareas a razón de “*dos reales diarios los días que trabajan como peones*”. Los enfermos no podían retirar el dinero que se guardaba en una Caja de Ahorros y solo se hacían del dinero luego que recibían alta médica.¹⁴⁷

La financiación de las obras provocó la intervención del gobierno nacional que cursó a los Jefes Políticos de los departamentos “*un llamado a los sentimientos filantrópicos de nuestro pueblo*” para que promovieran “*suscripciones en el territorio de la República*” para

*que sea terminado el Asilo de Dementes, refugio de los desdichados privados de la razón, que en aquel establecimiento, cuidados y atendidos con esmero, pueden muchos curarse de su fatal dolencia. [...] Pero para dar cima a una empresa tan benéfica, sucede lo que con muchos otros establecimientos de esta especie: se requieren fondos de que el Gobierno no puede disponer en la actualidad.*¹⁴⁸

La circular daba cuenta de la “*precaria*” situación de las arcas públicas y de los habitantes del país, que no habían permitido “*el resultado que se hubiera obtenido en otros tiempos*”.¹⁴⁹ 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

¹⁴⁴ Los datos del edificio fueron tomados de Juan Giuria, *La arquitectura en el Uruguay. De 1830 a 1900*, Montevideo, Instituto de Historia de la Arquitectura, Facultad de Arquitectura, Universidad de la República, Facultad de Arquitectura-Instituto de Historia de la Arquitectura, Montevideo, 1958, tomo II, vol. I, 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. Las primeras críticas a las características arquitectónicas y edilicias del edificio en Crovetto, o. cit., pp. 23-39.

¹⁴⁵ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4839, f. 10

¹⁴⁶ AGN-HA-MSP-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.

¹⁴⁷ “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-HCM, libro 4842, f. 134.

¹⁴⁸ *La Nación*, 30 de agosto de 1878, p. 1.

¹⁴⁹ Ídem.

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”*¹⁵⁰, 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 atribuir 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 acorralar 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 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”*.¹⁵¹ 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.¹⁵²

La concurrencia a la inauguración fue masiva (Fernández Saldaña habla de 12 000 personas¹⁵³) 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”*.¹⁵⁴ El día de la inauguración *“se veían [personas] de las más distinguidas de nuestra sociedad*

¹⁵⁰ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4836, f. 452.

¹⁵¹ Discurso reproducido en Gorlero Bacigalupi, art., cit., pp. 92, 93. El acta inaugural, que aún se conserva en las instalaciones, dice: *“En la Ciudad de Montevideo. Sección del Reducto a los veinticinco días del mes de Mayo del año de mil ochocientos ochenta reunidos en el edificio mandado construir con el óbolo de la Caridad del Pueblo para destinarlo a Asilo de Dementes, S. E., el Sor. Presidente de la República Dor. Dn. Francisco A. Vidal, SS. EE. los Sores Ministros Secretarios de Estado Don Eduardo Mac Eachen, Dor Don Joaquín Requena y García, Don Juan Peñalva y Coronel Don Máximo Santos, Ss. Illma Reverendísima Obispo de Montevideo Don Jacinto Vera, SS. Revma el Vicario General del Estado Don Inocencio Yeregui, el Sor Presbítero Dor Don Norberto Bentancour, los SS. Miembros de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, Presidente Don Julio C. Pereira, Vice Don Emilio Castellanos, Tesorero Don Manuel Cifuentes, Contador Don Francisco Zas, Vocales Don Alcides Montero, Don Francisco Martínez, Don Joaquín Suárez, Don Saturnino Balparda, Don Manuel Buxareo, Don Urbano Chucarro, Don José Félix Antuña, Don Luis M. Surraco, Don Benito Lombardini, Secretario Don Luis Artayeta y el Sor Arquitecto autor del plano y director científico de la obra Ingeniero Oriental Don Eduardo Casnttat: se procedió a la solemne inauguración, y después de la ceremonia de estilo S. E. el Sor. Presidente de la República declaró inaugurado el Manicomio Nacional. Y para constancia de los contemporáneos y en las futuras generaciones, se mandó labrar y se labró la presente Acta, sellada con el sello del Establecimiento y firmada por los presentes.”* Hospital Vilardebó, *Acta de la inauguración del Manicomio Nacional. Mayo 25 de 1880. Montevideo.*

¹⁵² Discurso reproducido en Gorlero Bacigalupi, art., cit., pp. 92, 93.

¹⁵³ Fernández Saldaña, *“Para la Historia...”*, cit., p. 5.

¹⁵⁴ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4839, f. 303. [Salutación de la empresa Penadés y Rodríguez]

que como los demás concurrentes admiraban la organización y régimen interno de aquel palacio, levantado por los esfuerzos de la caridad”.¹⁵⁵ 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 Estrasgeras [sic] las que han firmado en el libro correspondiente”.¹⁵⁶

De los 399 enfermos que residían hacinados en el lindero edificio del Asilo de Dementes, fueron trasladados 309 pese a que, según las proyecciones el edificio estaba en condiciones de albergar a 800.¹⁵⁷ Todavía en 1881 el inspector general del manicomio, Antonio Silveira, reclamaba por “los 90 dementes que existen en Vilardebó en pésimas condiciones”¹⁵⁸ y el 25 de diciembre del mismo año, las actas de la Comisión de Caridad dan cuenta que aún quedaban “en el antiguo [edificio] cincuenta [enfermos] denominados sucios”.¹⁵⁹ 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.¹⁶⁰

¹⁵⁵ *La Nación*, 27 de mayo de 1880, p. 2. Otra cobertura, similar a la citada, en *La Razón*, 27 de mayo de 1880, p. 2.

¹⁵⁶ “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-HCM, libro 4842, f. 131.

¹⁵⁷ *La Ilustración Española y Americana*, 30 de octubre de 1880, pp. 251-252.

¹⁵⁸ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4843, f. 5.

¹⁵⁹ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4844, f. 448.

¹⁶⁰ Crovetto, o. cit., pp. 28-34. Antes del nacimiento de la bacteriología a fines del siglo XIX, la explicación sobre la causa y el contagio de las enfermedades se basaba en la teoría miasmática, según la cual los *miasmas* eran gases impuros que provenían de la descomposición de materia orgánica, se trasladaban por el aire y transmitían las enfermedades. En la década del ochenta del siglo XIX los descubrimientos bacteriológicos, en particular los realizados por Roberto Koch, demostraron la existencia de agentes transmisores de enfermedades como la fiebre tifoidea, la difteria, el cólera o la tuberculosis y desplazó a las teorías miasmáticas como causa de explicación etiológica.



Tapa de *La Ilustración Uruguaya* 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 doce hermanas de Caridad. Las tareas de las hermanas, secundadas por sirvientes y sirvientas, se repartían en la supervisión de la higiene, el régimen alimenticio, el tratamiento terapéutico y 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 Dr. Ángel Brian y el primer médico del establecimiento el Dr. Ángel Canaveris, a quien podríamos considerar un especialista en el área psiquiátrica.¹⁶¹ 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

¹⁶¹ 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.

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 se trataba de 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.¹⁶²

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”*.¹⁶³ 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 por 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.¹⁶⁴ Al mismo tiempo, podríamos pensar que la intención de la comisión por incidir en la confección de ese reglamento fue lo que provocó que Canaveris dejara trunca las propuestas. Tampoco sería extraño pensar que 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”*.¹⁶⁵

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*

¹⁶² Datos biográficos tomados de Soiza Larrosa, “Esbozo histórico...”, cit., pp. 5, 6.

¹⁶³ *Ibidem*, p. 6.

¹⁶⁴ En 1877 se aprobó un reglamento interno para el Hospital de Caridad, propuesto por Juan Ramón Gómez, que, entre otras disposiciones, permitía a la madre superiora a cargo del hospicio elegir a *“las personas para el servicio”* y despedirlas *“si faltasen a su deber y no quisieren corregirse, siempre sin embargo de acuerdo con el Presidente de la Comisión”*, vigilar *“las prescripciones de los médicos, que administren los medicamentos a los enfermos”*, acompañar *“al médico en sus visitas”*, velar porque en las salas impere *“un silencio religioso que manifieste el respeto que se debe al infortunio, y como en sitio sagrado”* (“Beneficencia. Reglamento interno del Hospital de Caridad de Montevideo”, en Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Matías Alonso Criado, 1877, vol. II, pp. 145-153).

¹⁶⁵ “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-HCM, libro 4842, fs. 138, 139.

una primera autoridad".¹⁶⁶ 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 treinta 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 encargarían de la limpieza con la colaboración de "*un número de los mismos asilados, compuesto de aquéllos que se encuentran en aptitud de poder ser destinados a este género de ocupaciones*".¹⁶⁷ 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*".¹⁶⁸ 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 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.¹⁶⁹

También es significativo el interés de Canaveris por establecer un vínculo diferente con las autoridades ajenas al asilo y manicomio y romper con la concepción que pesaba sobre estas instituciones como meros espacios de reclusión. Un ejemplo podría ser la intención por frenar la remisión permanente de personas sin domicilio, sin documento o presos, mucho sin síntomas de enfermedad alguna. En el caso de los presos era un recurso utilizado por la policía para desplazar de los establecimientos bajo su jurisdicción a los delincuentes considerados molestos o que alteraban el orden dentro de los (escasos y mal mantenidos) establecimientos penitenciarios. 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 dan cuenta de ello. 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*".¹⁷⁰ 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

¹⁶⁶ 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*, Montevideo, 5 de diciembre de 1881, n.º 4, p. 310.

¹⁶⁷ *Ibidem*, p. 306.

¹⁶⁸ *Ibidem*, p. 307.

¹⁶⁹ *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, 15 de marzo de 1882, año I, n.º 6, pp. 207, 208.

¹⁷⁰ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4836, f. 394.

no contaba con ningún aval facultativo, sino que era la disposición de un ministro político que daba la orden de internar a una persona.¹⁷¹

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*”.¹⁷² 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 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.¹⁷³

La remisión, ya fuera por parte de la Policía, de familiares o políticos, sin un aval judicial o médico da cuenta por un lado de abusos o atropellos que se podían cometer contra la población indefensa (y en esa categoría no entraban solo los sectores más humildes, sino niños, mujeres y ancianos) y, por otro, de la visión imperante sobre el Asilo de Dementes, considerado un espacio al que se podía enviar supuestos pacientes de forma indiscriminada como un mecanismo para saldar conflictos de índole social, familiar e incluso políticos. Robert Castel señala que en Francia las familias negociaron con las congregaciones religiosas la internación de un paciente.¹⁷⁴ 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 donde 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*” 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

¹⁷¹ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4836, f. 360.

¹⁷² *Ibidem*, fs. 413, 414.

¹⁷³ En ocasiones no fue el ministro, sino directamente el gobernador provisorio Lorenzo Latorre quien solicitó la internación o la liberación: “*Por orden de S. E. el señor Gobernador, me dirijo a U. a fin de que se sirva remitir a esta Jefatura la orden correspondiente para que la mujer demente Manuela Mina, que ha sido puesta en libertad dos veces del Asilo de Dementes, sea nuevamente admitida en él con recomendación de que no sea puesta en libertad.*” AGN-HA-MSP-HCM, libro 4836, f. 422 [22 de noviembre de 1878]

¹⁷⁴ Castel, *El orden...*, pp. 29-31.

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: 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 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 “*ganancias de trabajar*”, sobre todo “*algunas veces cuando le aparecen las reglas*”. Es significativo el uso realizado por las religiosas de las características que 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, de lo contrario hubiera quedado internada).¹⁷⁵ Preguntas similares figuran en la observación médica realizada por Martín Samarán, médico del Asilo Maternal.

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.

Una pericia final realizada por los médicos Pedro Castro y Luis Fleury, estableció que la mujer no presentaba ninguna psicopatía. Los médicos, acompañados por dos estudiantes de la Facultad de Medicina, entrevistaron en tres ocasiones a la mujer y preguntaron, tres veces, sobre los mismos temas: si había tenido relaciones sexuales (a lo que contesta “*que nunca solamente esas zoncetas que tienen todas las muchachas*”), indagaron sobre su poca disposición al trabajo y la disciplina y sobre cuáles eran sus hábitos y costumbres.¹⁷⁶

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 “*informalidad*” 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.*¹⁷⁷

Ya en marzo del año anterior, Canaveris manifestaba su malestar porque “*vienen a ingresar a este establecimiento individuos con certificado médico, clasificándoles*

¹⁷⁵ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4842, fs. 2, 3.

¹⁷⁶ *Ibidem*, fs. 15-17.

¹⁷⁷ Canaveris, “*Memoria...*”, cit., p. 309.

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”. 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”. En todo caso, solicitaba el médico, si el jefe político lo quería apresar que lo hiciera pero no en el asilo.¹⁷⁸ Podríamos pensar que para Canaveris el 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, con la familia, e inicio para muchos enfermos psiquiátricos o simples personas extrañas en una ciudad extraña, un trayecto de vagancia sin retorno con permanentes entradas y salidas del asilo y manicomio, pero también de otras dependencias públicas (como la cárcel).

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

1º Paraje o sitio donde ha sido encontrado el enfermo y porque 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)

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

3º Percances que le hayan sucedidos (pérdidas, disgustos, sustos)

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

Firma de la autoridad que lo remite

*Fecha.*¹⁷⁹

¹⁷⁸ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4837, f. 297.

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, por la que 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 dementes al Manicomio Nacional*”, “*un número adecuado a la cantidad de individuos que con frecuencia son remitidos por encontrarse atacados de enajenación mental*”.¹⁸⁰ Podríamos pensar que, pese a los intentos por protocolizar la función policial, los agentes del orden seguían enviando 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[er] 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*”.¹⁸¹

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 del peritaje médico legal previo a la derivación al manicomio y la necesidad de comunicar al juez departamental sobre la detención y la remisión. El artículo 53 establecía que “*ninguna persona debe ser detenida por demente sino 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 estableció 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*”.¹⁸²

Pese a estos intentos de formalización, Canaveris convivió con prácticas arraigadas y con la egida permanente de las autoridades religiosas dentro del establecimiento. Como ya alertamos, distintas situaciones hicieron que el camino de Canaveris al frente de los médicos y practicantes del establecimiento fuera sinuoso.¹⁸³

¹⁷⁹ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4839, f. 287. Subrayado en el original. En la documentación relevada no fue posible encontrar una planilla con datos filiatorios.

¹⁸⁰ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4840, f. 540.

¹⁸¹ *El Norte*, 28 de octubre de 1880, p. 3.

¹⁸² *Proyecto de guía policial aprobado por el superior gobierno*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela de Artes y Oficios, 1883, p. 25.

¹⁸³ 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 Dr. Brian (recordemos director del manicomio) ni con las Hermanas de Caridad. La superpoblación del establecimiento (y probablemente el compromiso de Canaveris 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 Dr. 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...”, cit., pp. 7, 8.

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 alcoholista que podía generar un escándalo público. Si tales diferencias no eran claras para los primeros médicos que se comenzaron a especializar en este tipo de enfermedades, menos aún lo eran para quienes no tenían contacto con la incipiente disciplina. En 1884, Andrés Crovetto insistió en que esas situaciones también se debían a la falta de secciones para la observación de los ingresos que evitaría situaciones complejas como detenciones arbitrarias de personas que se creía presentaban una psicopatía.¹⁸⁴

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).¹⁸⁵ Si bien este caso no involucra a enfermos psiquiátricos es demostrativo de las presiones que también se ejercían sobre los médicos, constatación también de la poca estima que algunos agentes estatales tenían sobre la profesión.¹⁸⁶

Otro ejemplo, relatado por el médico, en ese entonces estudiante, Enrique Castro, también es ilustrativo sobre el trato que podían recibir los supuestos enfermos psiquiátricos. A. R. “*entrada al Manicomio con fecha 8 de Febrero de 1891, 20 años, italiana, soltera, remitida por la policía con certificado del médico Dr. Felippone*”, era “*una joven melancólica*” “*de una belleza física poco común*” y había llegado “*al manicomio en un estado tan lamentable a causa de luchas desesperadas con que había defendido su honor en el propio local policial y en el mismo carro en que era transportada*”. Los médicos del establecimiento resolvieron mantener a la mujer en internación durante siete meses.¹⁸⁷ Lo interesante del caso es que resulta demostrativo del trato que los enfermos psiquiátricos o supuestos enfermos podían recibir en las comisarías.

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 Pena¹⁸⁸ editado en 1893, donde reafirmó que “*en el Reglamento de Policía para Montevideo [lo mismo que 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

¹⁸⁴ Crovetto, o. cit., p. 28.

¹⁸⁵ 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*, Universidad de Murcia, n.º 6, 2011.

¹⁸⁶ Sobre la actuación de Pérez: *El Bien Público*, 28 de marzo de 1882, p. 2; *La Tribuna Popular*, 5 de abril de 1882, p. 2; *La Democracia*, 30 de marzo de 1882, p. 1: “El Médico de Policía. Las torturas”.

¹⁸⁷ Castro, tomo 1436, cit., f. 230.

¹⁸⁸ El historiador uruguayo Luis Delio considera a Carlos María de Pena como una de las figuras más relevantes de la Facultad de Derecho decimonónica. Obtuvo su título de abogado en 1876, pero además del ejercicio activo del Derecho se destacó por una frondosa actividad pública e intelectual. Desde el año de su egreso fue el responsable de la Cátedra de Economía Política y se destacó por su participación en la *Sociedad de Amigos de la Educación Popular*, organización que impulsó la reforma educativa en el país, en el *Club Universitario*, en el *Club Racionalista*, el *Ateneo del Uruguay*. También tuvo actuación política en el Partido Colorado. Delio, o. cit., p. 31.

podía detener por supuesta o aparente demencia, sino 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.¹⁸⁹ 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*”.¹⁹⁰ 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*”.¹⁹¹ Lo mismo ocurría cuando el incapaz era llevado por la familia. De lo contrario no se favorecía “*al magistrado en su ministerio*” para “*declarar la incapacidad o al hacerla cesar*”, al médico en su tratamiento “*para aliviar o sanar al enfermo*” y a la estadística “*general y frenopática, para conocer el proceso de estas dolencias y evitar o disminuir sus causas*”.¹⁹²

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 no se atenía a una serie de protocolos que, según su interpretación, no funcionaban por prácticas arraigadas, 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*”.¹⁹³ 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.¹⁹⁴

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*”.¹⁹⁵

¹⁸⁹ Carlos M. de Pena, *Principios de organización de la Beneficencia Pública*, Montevideo, Imprenta Artística y Librería de Dornaleche y Reyes, 1893, p. 39.

¹⁹⁰ *Ibidem*, p. 40.

¹⁹¹ *Ibidem*, p. 41.

¹⁹² *Ibidem*, p. 43.

¹⁹³ *Ibidem*, p. 41.

¹⁹⁴ En Argentina se vivieron situaciones similares, véase Vezzetti, *Historia*, p. 72 y Jonathan D. Ablard, “¿Dónde está el delirio? La autoridad psiquiátrica y el Estado argentino en perspectiva histórica”, en Bohoslavsky, Di Liscia, o. cit., pp. 199-215; Valeria Silvina Pita, “El policía, el juez, la familia y el posadero o cómo algunos porteños entendieron de demencias y locuras. Buenos Aires, 1870- 1890”, en *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n° 5, enero-junio 2015, pp. 84-102.

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 avisar al Juzgado Letrado Departamental.¹⁹⁶ 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.*¹⁹⁷

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 reorganizar la remisión de enfermos psiquiátricos al manicomio.¹⁹⁸ Un inconveniente que presentaba esta práctica, en especial en el interior del país, era 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.¹⁹⁹

Con relación a las altas médicas, los facultativos que revistieron en el manicomio se opusieron, con apoyo de la Comisión Delegada, a la resolución que emanó de la Justicia y que intentó obligar a los facultativos a esperar una decisión judicial para dar de alta a un paciente. Consideraron que solo se podía aplicar en “*los casos en que los reclusos en el Manicomio pertenezcan a la jurisdicción de los Tribunales del Crimen y que una vez reestablecidos de su enfermedad mental deban volver a la cárcel pública para la prosecución de sus causas*”. Pero “*en los demás casos no puede ni debe accederse a la pretensión errónea de aquellos funcionarios del orden judicial*” porque resultaría “*un atentado a la libertad personal y un perjuicio directo a las rentas de la Asistencia Pública obligándola a proporcionar alimentos innecesarios si hubieran de estar los reclusos declarados sanos por la autoridad científica del establecimiento esperando la autorización de los Sres. Jueces de la*

¹⁹⁵ Archivo General de la Nación, Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública [en adelante AGN-CNCBP], Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, f. 16.

¹⁹⁶ “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*, Montevideo, Imprenta a Vapor de El Siglo, 1896, vol. XVIII, p. 120. También en AGN-CNCBP, Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, fs. 32, 33.

¹⁹⁷ Ídem. 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 [que] 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*”. La consideración da cuenta por un lado de la presencia de un significativo número de alienados enviados desde los departamentos y, por otro, el gasto que significaba para la Comisión ya que la institución se veía en “*la obligación de sufragar los gastos de regreso al pueblo de su procedencia*”. AGN-CNCBP, paquete 1890-1896, carpeta 452. El problema persistió hasta entrado el siglo XX. Véase AGN-CNCBP, Libro de Actas, 10 de enero de 1902 a 5 de diciembre de 1910, fs. 2 a 13.

¹⁹⁸ Castro, tomo 1436, cit., f. 207.

¹⁹⁹ Véase Castro, tomo 1436, fs. 243, 244 y la ya citada edición de *El Norte*, 28 de octubre de 1880, p. 3.

curatela con todas las demoras consiguientes”.²⁰⁰ Estamos ante una disputa entre el ascendente poder médico y los abogados o jueces, quienes intentaron aplicar la ley para la protección social. Podríamos pensar que para los facultativos era hasta deshonoroso que su función quedara subsumida a las disposiciones judiciales. De ahí que, durante todo el período, la tónica imperante en la relación entre los dos campos sea de tensión aunque también de colaboración.

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*,²⁰¹ 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.²⁰² En 1896 partió de viaje de estudios a Francia,²⁰³ 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 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”*.²⁰⁴ 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.²⁰⁵

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.²⁰⁶ Para Castro *“la necesidad de una Ley de Protección de alienados, se impone con toda la fuerza”* porque permitiría 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,*

²⁰⁰ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 7 de agosto de 1896 a 24 de mayo de 1898, f. 39.

²⁰¹ 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*, Montevideo, 1899, año VIII, tomo X, 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.

²⁰² AGN-CNCBP, paquete 1890-1896, carpeta 331.

²⁰³ Museo Histórico Nacional [en adelante MHN], Manuscritos del Doctor Enrique Castro, tomo 1455: “Anotaciones Clínicas del Dr. Enrique Castro en los cursos de los profesores Lancereaux y Pourier”.

²⁰⁴ Castro, tomo 1436, cit., fs. 10, 11.

²⁰⁵ *Ibidem*, f. 492.

²⁰⁶ *Ibidem*, fs. 16, 17.

haciéndose incapaz de cuidarse a sí mismo” pero 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*”.²⁰⁷ Era imprescindible una normativa clara que 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*”.²⁰⁸ 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*”.²⁰⁹ También atacó el problema del secuestro (casos de pacientes cuyos familiares se oponían a la internación) al autorizar, en el artículo octavo, el tratamiento de un alienado en domicilio privado siempre que se realizara 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 Castro, no por la falta de talento o voluntad del especialista, sino por la coyuntura de “*un 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*”.²¹⁰ Finalmente, el proyecto de Castro no se concretó, pero sirvió como base para disposiciones futuras.²¹¹ Al mismo tiempo, demuestra que la discusión sobre la situación legal de los enfermos psiquiátricos a escala 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 el caso de remisión por parte de las Jefaturas de Policía, de las otras casas dependientes de la Comisión Nacional de

²⁰⁷ *Ibidem*, fs. 121, 122. Subrayado en el original.

²⁰⁸ *Ibidem*, fs. 509-512.

²⁰⁹ *Ibidem*, fs. 528, 529.

²¹⁰ *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1898, vol. I, pp. 132, 133. Castro falleció en agosto de 1901, hecho que probablemente limitó el impulso del proyecto. *Rojo y Blanco*, Montevideo, 1.º de setiembre de 1901, año II, n.º 37, p. 163; también *Anales de la Universidad*, Montevideo, 1901, año IX, tomo XI, pp. 1171-1173 [necrológica de Castro escrita por el abogado penalista José Irureta Goyena].

²¹¹ En 1914 Santín Carlos Rossi también presentó un proyecto sobre alienados para el que tomó por base la propuesta de Castro (el texto íntegro se encuentra en Rossi, *El alienado*). El problema siguió existiendo incluso entrado el siglo XX. La primera ley de psicópatas aprobada en el país data de 1936.

Beneficencia, del Consejo Penitenciario o de los jefes militares en caso de soldados, era suficiente la pericia realizada 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 fuera internado en el establecimiento Antonio González, quien trabajaba en su casa como sirviente, porque “*tiene alienadas sus facultades mentales*” lo que “*constituye un serio peligro para él y su familia*”.²¹² 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 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*”.²¹³

En ocasiones, señalaba la propia Comisión, los diversos trámites generaban engorrosas situaciones. Por caso, “*mientras que se da cuenta de la admisión del incapaz en el Manicomio, se procede por el Juzgado con intervención fiscal al nombramiento de curadores*” de forma paralela al examen del enfermo, que podía no ser internado en el manicomio de modo que al presentarse el juez o el curador nombrado “*en muchos casos los enfermos 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*”.²¹⁴ 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?). Sin embargo, el diagnóstico médico ordenó el alta “*por no presentar signos de enajenación mental*” pese a lo cual 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.²¹⁵

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*”.²¹⁶ 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*”,²¹⁷ podríamos pensar que en muchos casos la detención y el ingreso al manicomio podía estar motivada 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*

²¹² Archivo General de la Nación, Sección Judicial (en adelante AGN-SJ), Juzgado Civil del 4.º Turno, “González, Antonio, incapacidad”. En algunos casos será posible citar con el folio correspondiente, aunque en la mayor parte de la documentación el estado de deterioro avanzado impide la tarea.

²¹³ Rossi, *El alienado...*, p. 93.

²¹⁴ Comisión Nacional de Caridad [1905], cit., p. 33.

²¹⁵ Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 358.

²¹⁶ Departamento de Policía de la Capital, *Prontuario consultivo policial. Administración del coronel Juan Bernassa y Jerez*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1904, vol. I, p. 103.

²¹⁷ Rossi, *El alienado...*, p. 78.

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”.²¹⁸ 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.²¹⁹

Otro problema acuciante era la dificultad que generaba la no intervención del Estado en los casos en que la familia se negaba a la internación del enfermo o no comunicaba a las autoridades sobre 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”.²²⁰ 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.²²¹

El retiro de los pacientes del hospital —algo que no estaba previsto por ley y se debía atener, en caso que la familia quisiera, a la prescripción médica— también 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”.²²² Rossi puso como ejemplo el caso 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.²²³ 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 negó el alta pese a la insistencia de su esposo Francisco Santullo Rodríguez en febrero de 1900. Un dato significativo de la negativa es que, además de “el estado de la enferma [que] no permite su salida” se agregó que “el esposo realmente no cuenta con

²¹⁸ “La policía y la remisión de alienados”, en *Revista de Policía*, 15 de enero de 1904, año I, n.º 3, p. 1.

²¹⁹ *Comisión Nacional de Caridad* [1905], cit., p. 35.

²²⁰ Rossi, *El alienado...*, p. 27.

²²¹ *Ibidem*, pp. 16, 17. Volvemos sobre el punto al referirnos a los juicios por incapacidad.

²²² Rossi, *El alienado...*, p. 102.

²²³ *Ibidem*, pp. 102, 103.

los medios necesarios para prestarle la debida asistencia".²²⁴ Ambas razones, pero sobre todo la situación económica de Santullo, seguramente se convirtieron en un argumento de peso para que en este caso 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*".²²⁵ 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

La influencia de lo religioso en la vida médica era tal que, por ejemplo, la Comisión del Hospital de Caridad prohibió el retiro de cadáveres no reclamados para las clases de anatomía y negó el uso de las instalaciones del hospital para la realización de trabajos de disección. Otro problema que enfrentó a profesores de la Facultad con las religiosas, fue la resistencia de las últimas para que los estudiantes de Medicina (e incluso los propios médicos) ingresaran a las salas de mujeres. En 1884 decía Andrés Crovetto:

*La autoridad de las Hermanas, aun allí no se ha extinguido. Mandan más ellas que el médico. En el tiempo que estuve de practicante tuve que sostener verdaderas batallas. En el departamento de mujeres, son dueñas absolutas, en el tiempo que fui practicante de nuestro Asilo de alienados, si me preguntaban del estado de alguna enferma podía dar tanta razón de ella, como el portero del establecimiento, porque solo las veía entrar, a la mitad de las enfermas no las conocía ni de vista. Las hermanas creo que las observan y dan noticia de su estado al médico, dan el trabajo que creen conveniente y les aplican los medios de corrección.*²²⁶

Los casos son ilustrativos de la división de poderes que regía la asistencia sanitaria en el país, en tanto los hospitales estaban en manos de un cuerpo no médico, pero a su vez desde 1876 —con carencias, es cierto— se estaba formando la primera generación de médicos que trabajaba de forma restringida.²²⁷ En 1882, *La Gaceta de*

²²⁴ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 5 de enero de 1900 a 26 de junio de 1901, f. 14.

²²⁵ Rossi, *El alienado...*, p. 3. En su propuesta se encontraba también la posibilidad de crear la Inspección General de Alienados "*organismo mitad médico, mitad jurídico*", que se encargaría de velar por todo lo relativo a la situación sanitaria y jurídica de los alienados. Rossi, *El alienado...*, p. 99.

²²⁶ Crovetto, o. cit., p. 49.

²²⁷ Algunos cuestionamientos a esta situación expresó Pedro Hormaeche en el discurso inaugural de la cátedra de anatomía correspondiente al año de 1882. *Anales del Ateneo*, Montevideo, 5 de mayo de 1882, año I, tomo II, n.º 9, pp. 216, 217; también Ángel Canaveris en su memoria de 1881 al sostener que "*en establecimientos de esta naturaleza, donde el tratamiento á que ha de sujetarse el enfermo por lo especial de la afección que padece, debe empezar por el régimen y concluir por la disciplina á que también se lo ha de someter, se comprende fácilmente que nadie sino el médico puede y debe llevar su dirección.*" "Memoria..." cit., p. 310.

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*”.²²⁸

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 Herra 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 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*”.²²⁹

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.²³⁰ 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*”.²³¹ 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 a 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*

²²⁸ *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, Montevideo, año I, n.º 4, p. 143.

²²⁹ *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, AGN, Colección de Folletos, n.º 116, p. 99.

²³⁰ Sostienen Caetano y Geymonat que el debate entre Iglesia Católica y Estado fue uno de los más radicales del proceso modernizador que transformó a la sociedad uruguaya desde la segunda mitad del siglo XIX: “*No hubo ámbito de la vida nacional que no reflejara por aquellos años, en mayor o menor medida, la agitación de la cuestión religiosa en el país.*” Caetano, Geymonat, o. cit., p. 45.

²³¹ *Colección legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Imprenta Rural, 1878, pp. 100, 101.

Caridad, casas de Beneficencia y Administración de Lotería y Administración de las Rentas adscritas a esos ramos".²³² 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.

Al mismo tiempo, 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 públicos²³³) lo que hubo fue también nuevos significados para viejas prácticas, como el apoyo a los pobres, y un clima de negociación política y tensión a través del Estado y sus agentes y las viejas instituciones.

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*", duraría "*tres años en el ejercicio de sus funciones, pudiendo ser reelectos los ciudadanos que la formen*".²³⁴

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 incumbiría la administración de la Lotería de la Caridad y de los demás bienes y rentas destinados al sostén de los establecimientos.²³⁵ 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. Claro que, como señalamos, el proceso no fue súbito.

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.²³⁶ Probablemente la decisión se debió a que si bien la nueva

²³² *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Manuel Alonso Criado, 1886, vol. X (segunda parte), p. 324.

²³³ Al respecto Caetano, Geymonat, ob., cit., pp. 87-111.

²³⁴ *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, 1886, vol. X (segunda parte), p. 325

²³⁵ "Establecimientos Nacionales. Se declaran los de Caridad y Beneficencia de Montevideo", en *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Editor Pedro Ortiz, 1889, vol. XII, pp. 191, 192.

²³⁶ AGN-CNCBP, paquete 1890-1896, carpeta 284: "*Es el deseo de hacer extensiva a diversos establecimientos de Beneficencia que dependen de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública la convención celebrada el año 1856 entre la Comisión de Caridad y la Institución de las Hermanas de Caridad del Huerto, que desde entonces está en vigencia con respecto al Hospital de Caridad único establecimiento de Beneficencia que existía en aquella época, la Comisión Nacional de*

comisión creada por la ley de 1889 marcaba un punto de ruptura, sus integrantes seguían siendo católicos de larga actuación, por caso 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 Estado²³⁷—, 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, a quien reemplazó entre 1899 y 1905, el médico católico Piñeyro del Campo. Sancionada la ley de 1899, los católicos también siguieron predominando en la comisión auxiliar del manicomio, constituyendo el primer triunvirato tres laicos consagrados: Luis de la Torre, Pedro Llamas y Félix Buxareo.

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 dieciséis 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 instruyera un Consejo Departamental de Higiene, con excepción del de la capital, donde las atribuciones del Consejo Departamental quedaron a cargo del Consejo Nacional. Sin embargo, el artículo 20 aclaró que *“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”*.²³⁸

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 obligaciones impositivas para un hombre laico, burgués (y por ende defensor de la racionalidad económica), ahorrativo y defensor de un contrato de obligaciones y derechos con el Estado.

Caridad y Beneficencia Pública por una parte, y la Institución de las Hermanas de Caridad Hijas de María del Huerto por otra, celebran el presente convenio. Artículo 1.º La Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública a cuyo cargo se encuentran el Hospital de Caridad, el Manicomio Nacional, el asilo de Expósitos y Huérfanos y los Asilos Maternales n.ºs 1, 2 y 3, resuelven confiar como lo ha venido haciendo desde su instalación la dirección interna de dichos establecimientos a las Hermanas de Caridad Hijas de María del Huerto. Artículo 2.º Las Hermanas por su parte se comprometen a proseguir ejerciendo su misión caritativa en los mencionados establecimientos, es decir, en el Hospital de Caridad atender a la asistencia de los enfermos, en el Manicomio Nacional al cuidado de los dementes, en el Asilo de Huérfanos a los expósitos huérfanos y depositados y en los respectivos Asilos Maternales al cuidado y enseñanza de los niños de ambos sexos que les fueron confiados. [...] Artículo 6.º En los establecimientos regirá el Reglamento actualmente en vigencia y en caso de ser reformado, será oída y atendida la Madre Superiora Provincial. Artículo 7.º Habrá en el Hospital de Caridad, Manicomio Nacional y Asilo de E. y Huérfanos una capilla, y en cada uno de los Asilos Maternales un oratorio [...] Artículo 13.º Es entendido que la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública ejercerá la superintendencia sobre todos los establecimientos, con arreglo a la Ley de su creación. [...] Montevideo, a quince de setiembre del año un mil ochocientos noventa. Firmado: Juan A. Jackson. Director. Héctor G. Lacueva. Secretario. Hermana María Filomena Ghigliani. Superiora Provincial”.

²³⁷ Sobre el incidente Kruse, art., cit., p. 236.

²³⁸ “Consejo Nacional de Higiene. Se crea”, en *Retrospecto...*, cit., pp. 378-386.

Al mismo tiempo, diversas disposiciones gravaron algunos artículos de consumo y el abasto de carne o cobraron patentes adicionales a las compañías extranjeras, y usaron lo recaudado para financiar el mantenimiento de las casas dependientes de la Comisión de Caridad.²³⁹ Según los datos elaborados por Morás, ese auge impositivo provocó el descenso del financiamiento caritativo que pasó de ser 69,4 % del presupuesto total de la comisión en 1891, al 41,2 % en 1912 cuando la ley de Asistencia Pública ya estaba vigente.²⁴⁰ 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 preexistente, darle una racionalidad que no poseía originalmente y que tampoco marchó bien después de sus modificaciones”.²⁴¹ 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”.²⁴² 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” que permitieron replantear el problema acerca del rol del Estado.²⁴³

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, al sostener 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, etc.), que cuestiona la idea de un liberalismo ortodoxo.²⁴⁴ 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” pero la Comisión de Caridad

²³⁹ Barrán, *La espiritualización*, p. 260.

²⁴⁰ Cifras tomadas de Morás, o. cit., p. 20.

²⁴¹ Henry Finch, *La economía política del Uruguay contemporáneo 1870-2000*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2005, segunda edición corregida y aumentada, p. 90.

²⁴² José Rilla, *La mala cara del reformismo. Impuestos, Estado y política en el Uruguay. 1903-1916*, Montevideo, arca, 1992.

²⁴³ *Ibidem*, p. 277.

²⁴⁴ Barrán, Nahum, *Batlle...*, o. cit., vol. III, pp. 18-20. También véase Ana Frega, Yvette Trochon, “Los fundamentos del Estado empresario (1903-1933)”, en *Cuadernos del Claeh*, Montevideo, 1991, n.º 58-59.

“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 que las gestiones ante la comisión eran continuas, tal como se puede ver en las memorias del rectorado o de los sucesivos decanatos.²⁴⁵ 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.²⁴⁶

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 desplazados 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 también 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 relación con 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 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 asistencia de pobres.*²⁴⁷

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”.²⁴⁸ 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”.²⁴⁹

²⁴⁵ Citado en *El libro del Centenario del Uruguay*, Montevideo, Capurro y Cía, 1930, p. 498.

²⁴⁶ A ello se sumó la aprobación, por ley en 1885, de las Rentas Universitarias que le dieron autonomía financiera a la Universidad, un incremento presupuestal sostenido que permitió mejorar la situación edilicia, los laboratorios, contratar más personal y, sobre todo, no depender del Presupuesto General de Gastos aprobado por el Poder Ejecutivo.

²⁴⁷ de Pena, o. cit., p. 6.

²⁴⁸ Ídem.

²⁴⁹ *Ibidem*, pp. 20, 21.

La contienda que enfrentó a religiosos y sus seguidores contra anticlericales, laicos o directamente a 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), también 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.²⁵⁰

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.²⁵¹

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 (caso de José Scosería o 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”*.²⁵²

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. Para el caso argentino Eduardo Zimmermann interpretó esta situación como una forma de superar las diferencias políticas, ya que más allá de la ideología que

²⁵⁰ Sánchez Puñales, o. cit., p. 46.

²⁵¹ Krause, art., cit., pp. 240, 241.

²⁵² Barrán, Nahum, *Batlle...*, vol. I, pp. 62-79.

pregonaban, los hombres del pasaje de siglo encontraron acuerdos en la fundamentación científica de las propuestas de reforma social o sanitaria elaboradas.²⁵³ 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).²⁵⁴ 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 designación en 1905 del médico José Scosería²⁵⁵ 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*”.²⁵⁶ Acompañarían a Scosería en la tarea varios reconocidos anticlericales como Ramón Montero y Paullier, Alfredo Vidal y Fuentes,²⁵⁷ Alfredo Navarro,²⁵⁸ Eugenio J. Lagarmilla, Guillermo West (jefe de Policía de Montevideo) y Manuel Quintela.²⁵⁹

El diario *El Día* consideró el hecho como un “*triunfo de la tendencia liberal sobre la tendencia católica*”.²⁶⁰ 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 encarnan en las masas populares*”. Scosería era, según esta visión, predicador de “*un falso liberalismo*” formado por la “*intolerancia en materia religiosa*”.²⁶¹ El mismo año entró en funciones un nuevo Consejo de Higiene Pública

²⁵³ Zimmermann, o. cit., pp. 59, 60.

²⁵⁴ La identificación del batllismo con el jacobinismo era un elemento frecuente en la interpretación de los sectores conservadores uruguayos. Esta posición, nacida al calor de las presidencias de José Batlle y Ordóñez (1903-1907 y 1911-1915), continuó en las décadas posteriores al “impulso batllista”. Al respecto véase: José Pedro Barrán, *Los conservadores uruguayos (1870-1930)*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2004, pp. 83-97; Caetano, *La República...*, o. cit., pp. 58-64; Arturo Ardao “Orígenes de la influencia de Renan en Uruguay” en *Etapas de la inteligencia uruguaya*, Montevideo, Universidad de la República, 1968, pp. 65-91.

²⁵⁵ José Scosería (1861-1946), médico, docente de Química Médica, decano de la Facultad de Medicina entre 1898 y 1904 y primer director de la Asistencia Pública Nacional creada en 1910 (y en la que permaneció en 1917, año del “freno” a la reforma social batllista). Referencias tomadas de Augusto Turenne, “José Scosería”, en *Anales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, Facultad de Medicina, 1946, vol. XXXI, pp. 544-572; Fernando Herrera Ramos, Rubén Gorlero Bacigalupi, “José Scosería”, en Horacio Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. I, pp. 14-17.

²⁵⁶ *El Bien. Órgano de la Unión Católica del Uruguay*, 5 de agosto de 1905, p. 1: “Comisión Nacional de Caridad.”

²⁵⁷ Nació en Minas (hoy departamento de Lavalleja) en 1863 y murió en 1926. Egresó de la Facultad de Medicina en 1888 y ese mismo año viajó para cursar estudios en la Universidad de Nápoles. En 1889 fue designado como catedrático de Patología General de la Facultad de Medicina de Montevideo. Tuvo además una intensa actividad política dentro del Partido Nacional, pese a que respaldó la candidatura del colorado José Batlle y Ordóñez a la presidencia de la República en 1903. Los datos biográficos fueron tomados de Augusto Soiza Larrosa, “Alfredo Vidal y Fuentes”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. II, pp. 147-154.

²⁵⁸ Montevideo 1868-1951, fue un destacado médico especializado en cirugía. Estudió Medicina en París entre 1887 y 1895. Una semblanza con algunos datos biográficos en Jorge Lockhart, “Alfredo Navaro”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. I, pp. 18-25.

²⁵⁹ Médico otorrinolaringólogo, nació en 1865 y falleció en 1928. Fue el principal impulsor del Hospital de Clínicas, dependiente de la Universidad de la República, que hoy lleva su nombre. Una semblanza con datos biográficos en Milton Rizzi, “Manuel Quintela”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. I, pp. 29-35.

²⁶⁰ *El Día*, 5 de agosto de 1905, p. 1: “La Comisión de Caridad. Ideas sanas e ideas absurdas”.

²⁶¹ *El Bien*, 6 de agosto de 1905, p. 1: “Más anomalías”.

presidido por el médico Gabriel Honoré y que tenía por vicepresidente al psiquiatra Andrés Crovetto, férreo defensor de la secularización.²⁶² También una 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.²⁶³

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.²⁶⁴ Consideró que la sucesión de leyes que colocaron a la Comisión en la órbita estatal —recordemos, la primera de 1889—, 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*”.²⁶⁵

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*”.²⁶⁶ 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*”.²⁶⁷

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.²⁶⁸ 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*”.²⁶⁹ 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

²⁶² AGN, Consejo de Higiene Pública, paquete 1904-1906, carpeta 397.

²⁶³ *El Día*, 16 de setiembre de 1905, p. 1.

²⁶⁴ *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, Montevideo, Comisión Nacional de Caridad, 1905, p. 10.

²⁶⁵ *Ibidem*, p. 16. Una visión distinta sobre esta norma sostendría Scosería en la primera memoria de la Asistencia Pública presentada en 1913. Véase *La Asistencia Pública Nacional. Publicación oficial de la Dirección General*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1913, p. 3.

²⁶⁶ Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. I, p. 114. También véase Caetano, Geymonat, o. cit., pp. 87-98.

²⁶⁷ *El Bien*, 29 de agosto de 1905, p. 1.

²⁶⁸ *El Siglo*, 7 de julio de 1906, p. 4.

²⁶⁹ Hospital Vilardebó, *Manicomio Nacional. Libro de visitantes*, f. 61.

escudo nacional.²⁷⁰ José Enrique Rodó publicó en *La Razón* un artículo para criticar la medida y obtuvo una respuesta de Pedro Díaz, integrante del Centro Liberal.²⁷¹

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*”.²⁷²

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*”.²⁷³

Los batllistas discutieron la posible reforma en función de la racionalidad económica, la existencia de múltiples e innecesarias comisiones auxiliares y lo combinaron 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 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*”. Sin embargo, 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 a la Comisión de Caridad. Y concluía el articulista anónimo:

²⁷⁰ Los protestantes apoyaron la secularización impulsada desde el Estado porque defendieron la libertad de cultos. Véase Roger Geymonat, “Tercero en discordia. Protestantismo y secularización”, en Gerardo Caetano, Roger Geymonat, Carolina Greising, Alejandro Sánchez, *El “Uruguay laico”. Matrices y revisiones (1859-1934)*, Montevideo, Taurus, 2013, pp. 116, 117.

²⁷¹ 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 y José Enrique Rodó, *Liberalismo y jacobinismo*, Montevideo, Librería La Anticuaria, 1906. Un estudio del episodio y sus resonancias en Pablo Da Silveira, Susana Monreal, *Liberalismo y jacobinismo en el Uruguay batllista. La polémica entre José E. Rodó y Pedro Díaz*, Montevideo, Taurus, 2003.

²⁷² *El Día*, 15 de febrero de 1908: “Los establecimientos de Asistencia Pública y la Comisión Nacional de Caridad. Reportaje al Dr. Scosería”.

²⁷³ 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.

*Entendemos que siendo una función del Estado la asistencia pública no necesitará en el porvenir, ni de tesoros especiales, ni de comisiones cuasi intangibles [...]. Así aparecían encargados de la caridad nacional, personajes consulares, arquetipos de pelucones, que nunca hicieron nada y que jamás sirvieron a la beneficencia nacional sino prestando sus nombres y su tradición de buenos, de santos y de piadosos.*²⁷⁴

Este clima de confrontación fue el preludio 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.*²⁷⁵

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” (del mismo modo que en el Hospital de Caridad se daba “la más absoluta negación de la higiene”). 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”.²⁷⁶ En la nota siguiente el articulista insistió en la falta de espacio que provocaba, según sus cifras, que mil quinientos enfermos se alojaran “en dormitorios que solo tiene capacidad para seiscientos asilados”.

²⁷⁴ *El Día*, 26 de febrero de 1908: “La asistencia pública. Pensando en su reorganización”.

²⁷⁵ *El Tiempo*, 1 de marzo de 1908, p. 1.

²⁷⁶ Ídem. Como veremos más adelante, la separación de los enfermos según la afección y el aislamiento van a ser algunas de las medidas adoptadas por los psiquiatras modernos.

*“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.”*²⁷⁷

La vigilancia de todos los enfermos hombres estaba a cargo de catorce 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”* (cuando analicemos la defensa del sistema *open-door* veremos las características que tuvo esa colonia y los distintos proyectos presentados para su puesta en funcionamiento).²⁷⁸

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 de 1910, 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 a la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública.²⁷⁹ El nuevo Consejo de la Asistencia Pública quedó constituido por 21 miembros honorarios, designados por el Poder Ejecutivo (*“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*

²⁷⁷ *El Tiempo*, 3 de marzo de 1908, p. 1. Una nota muy similar, con pasajes textuales casi idénticos, publicó el diario montevideano *La Tribuna Popular* el 31 de mayo de 1910. En ella se refirió a la falta de espacio en el establecimiento que contaba con *“mil seiscientos insanos”* *“donde no se pueden alojar razonablemente más que seiscientos asilados.”* *La Tribuna Popular*, 31 de mayo de 1910, p. 2.

²⁷⁸ *El Tiempo*, 3 de marzo de 1908, p. 1.

²⁷⁹ *Diario de sesiones de la H. Cámara de Representantes*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1911, p. 282.

Capital y tres médicos de los hospitales o asilos dependientes de la Asistencia Pública”²⁸⁰), que durarían seis años en sus funciones.

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*”.²⁸¹ El local de la comisión fue “*ocupado por la Dirección General de la Asistencia Pública*”.²⁸²

Con la aprobación de la Ley de Asistencia Pública Nacional quedó consagrado el derecho de asistencia, considerado el “*más alto solidarismo científico*”.²⁸³ 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 al “*Estado laico que lo reconoce y lo proclama inscribiéndolo en la ley*”. En una visión que refutaba las teorías de Malthus, Spencer, Darwin y “*la llamada Escuela liberal en economía política*”²⁸⁴, 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.*²⁸⁵

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*”.²⁸⁶ 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 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 —

²⁸⁰ *La Asistencia Pública Nacional*, p. 8.

²⁸¹ “Asistencia Pública Nacional. Decreto reglamentario [21 de noviembre de 1910]”, en *Revista de los hospitales*, Montevideo, abril de 1911, tomo IV, n.º 30, n.º 3, p. 166.

²⁸² *Ibidem*, p. 167.

²⁸³ *Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes*, 1911, cit., p. 21.

²⁸⁴ *Ibidem*, pp. 21, 22.

²⁸⁵ *Ídem*.

²⁸⁶ *Ídem*.

*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.*²⁸⁷

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.

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.²⁸⁸ En mayo de 1911 se presentó un reglamento para el hospital, que debía ser aprobado por la Dirección de la Asistencia Pública Nacional que, según una nota de prensa, imitaba al del Hospicio de las Mercedes y Hospital Nacional de Alienados de Buenos Aires.²⁸⁹ Entre las disposiciones se estableció que

*imperera 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.*²⁹⁰

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.

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.²⁹¹ 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, 34 salas dormitorio con 567 camas. El servicio médico dependía de cinco profesionales, parte de la primera generación de psiquiatras uruguayos: Bernardo Etchepare,²⁹² Eduardo Lamas, Rafael E. Rodríguez, Abel Zamora y Camilo Payssé²⁹³ y de cinco practicantes encargados de las

²⁸⁷ *La Asistencia Pública Nacional*, pp. 21, 22.

²⁸⁸ “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*, Montevideo, abril de 1911, tomo IV, tomo IV, n° 3, p. 170.

²⁸⁹ *El Día*, 12 de mayo de 1911: “En el Manicomio Nacional. Presentación de un nuevo reglamento”.

²⁹⁰ “Asistencia Pública Nacional. Reglamentación Sancionada...”, cit., p. 171.

²⁹¹ Juan Rial, *Estadísticas Históricas de Uruguay 1850-1930*, Montevideo, Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay, 1980, Cuaderno n.º 40, p. 138.

²⁹² Nació en Montevideo en 1869 y se graduó como médico especializado en cirugía, en la Facultad de Medicina de París en 1894. Fue asesinado por una antigua paciente, en Montevideo el 25 de mayo de 1925. Otros datos biográficos de la vida de este médico serán utilizados a lo largo del trabajo. “Bernardo Etchepare”, en González Blanco, o. cit., vol. II, p. 159.

²⁹³ Nació en 1879 y egresó de la Facultad de Medicina en 1904. Se orientó en los estudios de Psiquiatría, carrera en la que desempeñó todos sus cargos públicos como técnico. Murió en 1955. “Camilo Payssé”,

guardias nocturnas. También trabajaba un médico “*de enfermedades intercurrentes*”, Gerardo Arrizabalaga.²⁹⁴ El servicio de Etchepare formaba parte de sus actividades en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.²⁹⁵ Aún se mantenían en funciones las dieciséis Hermanas de Caridad que se encontraban en el hospital antes de la promulgación de la ley de Asistencia Pública.

Llegaba a su fin la disputa entre el Estado y los privados por las problemáticas relativas a la salud pública. Al mismo tiempo, los médicos lograron ser reconocidos como los *savants* 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 lograban 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, etc.), redes (que abarcan 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 estuvo de ser absoluto. 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.²⁹⁶

Pero a la nueva posición de los médicos se sumó otro elemento y es la creación, por iniciativa del Estado o religiosa, 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, de modo que el triunfo médico también 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 la curación. Durante el período estudiado se fundaron, desarrollaron y tuvieron los mismos problemas administrativos y de hacinamiento²⁹⁷ 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. Pero también se gestaron nuevas instituciones religiosas como el Asilo del Buen Pastor, creado a fines del siglo XIX para niñas expulsadas de sus hogares a pedido del padre,

en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. II, p. 189.

²⁹⁴ Arrizabalaga nació en 1869 y murió en 1930. Se especializó en cirugía y anatomía. Una semblanza en Pedro Visca, “Gerardo Arrizabalaga”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. I, pp. 68-77.

²⁹⁵ Datos tomados de *La Asistencia Pública Nacional*, pp. 177, 178.

²⁹⁶ 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*” (*Medicina y sociedad*, o. cit., vol. II, p. 34).

²⁹⁷ En el tema del hacinamiento importa sin embargo destacar que varias de esas instituciones eran las únicas del país, concentradas todas en Montevideo, por lo que era natural que las remisiones que se producían desde los departamentos provocaran la sobrepoblación. En otros países, como Brasil por ejemplo, la existencia de nosocomios estatales contribuyó a que el número de pacientes o reclusos no fuera tan elevado, aunque la mala administración y la escasez de recursos también fue característica. En el siglo XIX Brasil inauguró quince hospitales para enfermos psiquiátricos (Weber Santos, art., cit.). Sobre casos regionales: Daniela Bassa, “De La Pampa a *Open Door*. Terapias y tratamientos hacia los insanos en la primera mitad del siglo XX”, en Bohoslavsky, Di Liscia, o. cit., pp. 114-135; Freitas, art., cit., pp. 120-126. En el siglo XIX Brasil inauguró quince hospitales para enfermos psiquiátricos. Weber Santos, art., cit.

jóvenes con notorios problemas de conducta, vagabundas o prostitutas, quienes eran asistidas por religiosas que se encargaban de impartir cursos de costura, cocina o lavado, con intención de rehabilitar a las internas y convertirlas en buenas amas de casa o vender sus servicios como empleadas domésticas.²⁹⁸



Manicomio Nacional, comienzos del siglo XX. Centro de Fotografía de Montevideo, Fondo Histórico Municipal, serie A.

Conclusiones

En este capítulo abordamos las tres etapas fundamentales del proceso de institucionalización y formación de un establecimiento para enfermos psiquiátricos. Pudimos apreciar una evolución desde el abandono al que estaban sometidos los pacientes -en especial aquellos de menores recursos- al interés fuertemente vinculado al catolicismo vernáculo por contar con un lugar de aislamiento y tratamiento. Además de las características internas del establecimiento, estudiamos su vinculación con otras esferas públicas (Policía) o sociales (familias), que ayudaron a comprender el relacionamiento entre el Asilo-Manicomio y la sociedad; este último aspecto es un punto de partida de interés para los capítulos siguientes en los que ahondaremos en ese relacionamiento entre la sociedad y distintas formas de abordar la locura.

Observamos el creciente -y efectivo- poder de los médicos, que aumentaron su capacidad para influir dentro del hospicio, así como su incidencia en varias esferas sociales (pese a que nuestro enfoque matiza, como señalamos, la posición de Barrán sobre la secularización). El posicionamiento de los médicos se debió, en buena medida,

²⁹⁸ El Buen Pastor administró este tipo de instituciones en toda América Latina (véase Caimari, *Apenas*, p. 117 y María José Correa, “Paradoja tras la reforma penitenciaria. Las Casas Correccionales en Chile (1864-1940)”, en Bohoslavsky, Di Liscia, o. cit., pp. 25-48). En Uruguay, luego de la separación de la Iglesia Católica y el Estado, avalada por la Constitución de 1917, el Buen Pastor continuó con la administración de las casas correccionales femeninas y de la cárcel femenina hasta la década del ochenta del siglo XX. Raquel Galeotti, *Adolescentes infractoras. Discursos y prácticas del sistema penal juvenil uruguayo*, Montevideo, Psicolibros, 2013, pp. 41-43.

al proceso de secularización. Sin embargo, podríamos concluir que no fue únicamente una posición anti-clerical sino una voluntad científica por lograr un tratamiento y una cura para las afecciones psiquiátricas. Y, en cierto modo, los facultativos entendieron que las estrictas normas impuestas por las religiosas limitaban esa posibilidad.

El capítulo intentó complejizar (o al menos observar desde la única institución psiquiátrica del país), algunas características del proceso de secularización local. 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 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.

A su vez, la secularización se mezcló con la legitimidad de un Estado que aumentaba su carga impositiva pero debía justificar qué hacía con ella (más aun tomando en cuenta que el dinero de los contribuyentes iba a parar a casas que atendían a los “desechos sociales”, como niños huérfanos, sifilíticos, prostitutas o enfermos psiquiátricos). En ese sentido podríamos pensar que, además del convencimiento positivista, lo que caracterizó a los principales hombres públicos del período fue su condición de partidarios de la secularización, aunque más que alentados por una visión teórica consistente, tomaron las decisiones por pragmatismo.

La presencia de sociedades de beneficencia derivó con el proceso de secularización en la actuación de profesionales médicos que cumplieron la misma función, sustituyendo a los religiosos y modificando el discurso de la caridad (característico de la Iglesia Católica) por el de la ciencia, propio del positivismo finisecular y, a decir de Barrán, la “*forma cultural que asumió la verdad*”.²⁹⁹ 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.

En el cambio que permitió mayor injerencia estatal también cumplió un rol destacado la formación de una nueva normativa que permitiera legislar sobre la situación de los enfermos psiquiátricos (tal como veremos en el último capítulo) y poner un freno a abusos y arbitrariedades, que los médicos entendían se habían cometido contra los alienados (como lo denunció en más de una ocasión Ángel Canaveris) y contra personas que, sin serlo, fueron enviadas al Asilo-Manicomio. 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 crecimiento de los internos podría revelar las soluciones

²⁹⁹ Barrán, *Medicina y sociedad*, tomo II, p. 13.

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 hacia el conocimiento de la enfermedad, avanzaran en definiciones y encontraran nuevos síntomas para señalar la psicopatía.

El país aún carecía de una legislación específica sobre la organización de los establecimientos para enfermos psiquiátricos. De todos modos, no debemos pensar la inexistencia 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. La jurisprudencia comenzó a preocuparse no solo por los derechos individuales, sino también por la legislación que debía ordenar y regir los llamados derechos sociales y el acceso a la salud pasó a ser uno de ellos. La asistencia sanitaria comenzó a ser vista por los políticos y los médicos del período como un problema colectivo (de ahí también la preocupación por las conductas individuales, tal como veremos más adelante). Las transformaciones en el mundo jurídico afectaron el proceso de secularización, y 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.

Capítulo 2

Algunas características de la población recluida en el Manicomio Nacional entre 1860 y 1911

Introducción

En este capítulo recurriremos a la información cuantitativa contenida en las fuentes, así como a distintos registros estadísticos que nos permitirán elaborar series sobre los pacientes internados en el período 1860-1911. Como resulta harto difícil individualizar las historias de los internos (salvo cuando trabajamos con casos judiciales), intentamos conocer rasgos generales. Para eso, nos concentraremos en primer lugar en el estudio sobre el crecimiento de la población asilada, para pasar luego a otras características: nacionalidad, edad, estado civil, ocupación. Las cifras complementarán y cuantificarán algunas de las apreciaciones realizadas en el primer capítulo.

La necesidad de elaborar una sección de tales características se debe sobre todo a algunas interrogantes que surgieron en el transcurso de la investigación. Varias veces nos preguntamos quiénes eran recluidos en el asilo primero y en el manicomio después. Más allá de las características institucionales, intentamos conocer rasgos generales de los internos, pero también qué aspectos compartieron o qué causas comunes los pueden haber conducido a un establecimiento de reclusión manicomial. La fragmentación de las fuentes nos impide realizar un estudio pormenorizado de un número significativo de pacientes, por lo que optamos por elaborar series sobre las características más importantes de la población internada en el período 1860-1910.

Se impone de forma previa realizar algunas consideraciones en torno a las dificultades para elaborar las series. Esto se debe en buena medida a la forma en que la Comisión de Caridad tomó los datos, puesto que el registro de los internos se realizó en relación con los ingresos anuales, por lo que la información oficial solo aporta cifras para los pacientes tratados a fines de cada año, pero nada nos dice de los internos que recibieron la externación médica o judicial en el transcurso de ese mismo año o que ingresaron por meses o semanas. Al revisar los libros y las historias clínicas del Manicomio Nacional podemos encontrar casos de personas que en el mismo año ingresaron en distintas ocasiones por internaciones breves pero que la administración del Manicomio contabilizó un solo ingreso. Es el caso por ejemplo de A. B. de M., francesa de 44 años internada el 14 de agosto de 1894 con alta el 22 de setiembre de ese año, reingresada el 11 de enero de 1895, liberada el 30 de marzo de ese año y con una nueva internación entre el 3 y el 20 de mayo de 1895.³⁰⁰

Lo mismo ocurrió en los casos de remisión forzosa, como vimos, sin fichas filiatorias o datos elementales mínimos de personas que eran enviadas por la Policía de Montevideo o de las jefaturas del interior del país. En otros casos el problema era el desconocimiento absoluto por parte del paciente de esa información.

La posibilidad de elaborar una correcta estadística era un problema y una preocupación para los médicos del establecimiento. 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

³⁰⁰ Hospital Vilardebó, *Libro de Ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, f. 22, f. 96 y f. 139.

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".³⁰¹

De a poco, y conforme el poder médico fue avanzando, la Comisión de Caridad comenzó a prestar más atención a los datos filiatorios (que no siempre se podían cumplir, habida cuenta del estado de abandono en que se encontraban muchos enfermos). El 29 de setiembre de 1903, la Comisión Auxiliar del Hospital de Caridad resolvió que todo enfermo enviado desde ese nosocomio al manicomio debía ir acompañado

*de un formulario que contendrá los siguientes datos: Nombre, edad, profesión, domicilio, antecedentes de la enfermedad, antecedentes hereditarios, antecedentes personales, Historia Clínica, Medicación de urgencia en el Hospital, fecha, el médico, nota. Los antecedentes que se piden son aquellos que tienen importancia para el caso.*³⁰²

En los años considerados la estadística comenzó a ser explotada como un recurso de análisis social aplicado en el campo de la Medicina. En 1874 el francés Adolphe Vaillant se convirtió en el primer director de la Dirección General de Estadística de la República y diez años más tarde se comenzaron a editar los *Anuarios Estadísticos* con información económica y poblacional de distinta índole. Sin embargo, fue sobre todo en el pasaje de siglo cuando fructificaron las publicaciones médicas dedicadas a cuantificar distintos fenómenos asociados a la higiene y a la salud, amplio campo del que, como veremos, formaban parte problemáticas sociales, económicas y demográficas, tales como el alcoholismo, la pobreza o la inmigración, por mencionar solo tres ejemplos de varios posibles.³⁰³ La publicación de cifras era para los responsables de los establecimientos sanitarios una forma de demostrar que la gestión resultaba eficiente.

De todos modos, y realizando estas salvedades, contamos con un caudal de datos interesante, útil para presentar cifras o guarismos globales y elaborar algunas hipótesis o consideraciones. Antes de ello daremos una cifra global, y perfectible, sobre los internos totales desde la fundación del manicomio hasta el año 1906.

³⁰¹ Canaveris, "Memoria...", cit., p. 306.

³⁰² Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, *Hospital de Caridad. Memoria correspondiente al año de 1903*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1906, pp. 41, 42.

³⁰³ Ejemplos en ese sentido son 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.

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 sobre la base del *Anuario estadístico de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Tipografía Oriental, 1885, pp. 407-410;³⁰⁴ *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, cuadro n.º 10.³⁰⁵

Nacionalidad

A mediados de 1860 el gobierno de Bernardo Prudencio Berro realizó el segundo censo de población en territorio uruguayo. Aunque seguramente con numerosas carencias dada la incapacidad del Estado por cubrir todas las zonas y el trasiego de la población errante de la campaña, es posible extraer algunas conclusiones. Según las cifras, desde el último asiento en 1852, la población había pasado de 132 000 personas a 221 000 en 1860. Montevideo había crecido de 34 000 habitantes a 58 000 en menos de diez años.³⁰⁶

Al ver los datos de la inmigración constatamos la parte que le cupo a los extranjeros en el crecimiento demográfico, ya que pasaron de ser el 21,6 % del total de

³⁰⁴ El *Anuario* reúne cifras de 1880 a 1885.

³⁰⁵ 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 Ablard para el Hospital Nacional de Alienados entre 1890 y 1910. Véase Ablard, *Madness...*, p. 210.

³⁰⁶ Los datos fueron tomados de AAVV, *Inmigración y estadísticas en el Cono Sur de América. Argentina, Brasil, Chile, Uruguay*, Montevideo, Organización de los Estados Americanos-Instituto Panamericano de Geografía e Historia, 1990.

la población a constituir el 35 % en 1860.³⁰⁷ En Montevideo, sin contar la descendencia directa, constituían el 48 % de toda la población.

Las cifras de 1860 se duplicaron 22 años después cuando el registro de población alcanzó a contar 505 207 personas en todo el territorio, y si bien no hay cifras exactas para Montevideo es dable sostener que la capital concentraba la mayor parte de la población.

La historiadora italiana Eugenia Scarzanella señaló que en el caso de Buenos Aires dos tercios de los internos en hospitales psiquiátricos eran extranjeros.³⁰⁸ 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. No obstante, como señalamos antes, Barrán planteó que a diferencia de Argentina donde los internos eran mayoritariamente inmigrantes, en Uruguay el interno característico que se recluyó en el asilo y manicomio provenía del medio rural.³⁰⁹ Entendemos 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 agregar el arribo constante de población migrante, en especial desde los puertos italianos y españoles.

La posibilidad de realizar series sobre la nacionalidad presenta algunas dificultades ya que, como en otros aspectos, carecemos de cifras continuas. El resumen realizado por el médico francés Brunel para el período de mayo de 1858 a setiembre de 1860 —para el que tomó en cuenta Hospital de Caridad y el flamante Asilo de Dementes— muestra una fuerte presencia de extranjeros, 76 personas entre hombres y mujeres, mientras que los internos que declaraban haber nacido en el país ascendían a 49.

³⁰⁷ Las historiadoras María Camou y Adela Pellegrino señalan que hasta 1875 las estadísticas de inmigración adolecen de algunas imprecisiones porque al caos administrativo cotidiano del Estado uruguayo se suma que los registros de entrada de pasajeros no siempre incluían la nacionalidad de la persona proveniente de ultramar. “Dimensioni e caratteri demografici dell’immigrazione italiana in Uruguay, 1860-1920”, en Fernando Devoto (compilador), *L’emigrazione italiana e la formazione dell’Uruguay moderno*, Torino, Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, 1993, p. 38.

³⁰⁸ Eugenia Scarzanella, *Italiani malagente. Inmigración, criminalità, razzismo in Argentina, 1890-1940*, Milan, Franco Angeli, 2007, settima edizione, p. 47. También véase Pita (o. cit., p. 200), quien arriba a conclusiones similares. Lo mismo para el territorio pampeano, Bassa (art., cit., p. 125), y Daniela Bassa, María Silvia Di Liscia, “Médicos, jueces y locos. Sobre peritaje de insania y justicia en el interior argentino, 1890-1930”, en *Horizontes, Bragança Paulista*, San Pablo, enero-diciembre de 2003, vol. XXI, pp. 19-21.

³⁰⁹ Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 52.

Nacionalidades	Hombres	Mujeres
Alemanes	2	1
Argentinos	2	2
Africanos	1	5
Brasileros	0	1
Españoles	15	7
Franceses	12	7
Hamburgueses	1	0
Italianos	14	3
Orientales	19	30
Portugueses	1	0
Se ignora	2	0
Total	69	56

Elaborado a partir de Brunel, o. cit., p. 291

Esa tendencia se mantuvo, ya que los datos aportados por Eduardo Acevedo para el período 1860-1879, muestran que la mayor parte de los internos era extranjero (451 italianos, 350 españoles y 191 franceses), seguidos por los orientales, que sumaban un total de 215.³¹⁰ Por ejemplo en el “Estado que manifiesta el alta y baja del Asilo de Dementes durante el año de 1878, Departamento de Hombres”, realizado por Pedro Visca y publicado en la memoria de 1879, encontramos que de las personas que permanecían internadas ese año, 80 eran extranjeras, 20 orientales, y si bien hay 31 sin datos, la suma de los últimos con los orientales no llega a superar el número de extranjeros.

Oriental	20
Argentino	2
Suizo	5
Austriaco	2
Italiano	26
Francés	11
Griego	1
Alemán	2
Africano	1
Brasilero	1
Español	26
Inglés	3
Se ignora	31

Fuente: *Memoria de la Comisión de Caridad*, cit., 1879.

Las nacionalidades predominantes se corresponden, al mismo tiempo, con las que aportaron mayor flujo inmigratorio al país, siendo italianas y españolas las colectividades con mayor número de pacientes. De todos modos, no debemos descartar el subregistro, la adulteración de la información relativa a los internos, así como la recurrencia entre los extranjeros a los servicios mutuales nacionales que permitían internar al enfermo en nosocomios privados.

En el caso de las mujeres, para el mismo año de 1879, predominan las llamadas “orientales” y si bien las extranjeras sumadas las superan en número, esa mayor presencia de uruguayas es un espejo invertido de la migración mayoritariamente masculina.

³¹⁰ Acevedo, o. cit., vol. IV, p. 140.

Oriental	Argentina	Suiza	Italiana	Brasileira	Francesa	Alemana	Española	Ignora
22	1	1	10	1	2	2	10	14

Fuente: *Memoria de la Comisión de Caridad*, cit., 1879.

En 1880, Canaveris aportó las siguientes cifras que mantenían la tendencia (la referencia a “nacionales” es tomada del original

Nacionales	Argentinas	Austriacas	Brasileras	Españolas	Francesas	Italianas	Inglesas	Suizas	Ignora
19	3	1	3	8	9	10	2	3	10

Fuente: “Memoria presentada al Sr. Inspector del Manicomio Nacional correspondiente al año de 1880 por el doctor Ángel Canaveris”, en *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, 15 de setiembre de 1882, año I, n.º 12, p. 408.³¹¹

Hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, las “uruguayas” u “orientales” superan con creces a las mujeres extranjeras por nacionalidad y al total de foráneas internadas en la sección femenina.

Nacionalidad de los ingresos por año en la sección femenina (1893-1895):

Uruguay	95
Española	32
Italiana	33
Brasileira	3
Argentina	5
Francesa	5
Inglésa	4
Suiza	1
Paraguay	1
Austriaca	1
Sin dato	3

Fuente: elaboración propia a partir de Hospital Vilardebó, *Libro de Ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*

Nacionalidad de los ingresos por año en la sección femenina (1900-1905):

³¹¹ Es el mismo informe publicado por *Anales del Ateneo* y que ya utilizamos, pero en la edición de *La Gaceta* se incorporaron los cuadros estadísticos.

Nacionalidad	1900	1901	1902	1903	1904	1905
Alemanes	1			1		
Arabes	2					
Argentinos	3	1	6	1	4	6
Austro-húngaros	1		1	1	1	
Belgas		1				
Brasileños	12	6	3	2	4	2
Dinamarqueses	1					
Españoles	26	20	25	25	27	15
Franceses	6	7	10	3	3	2
Ingleses	1	1	1	2		
Italianos	33	40	38	41	40	21
Norte-americanos [sic]		1				
Paraguayos		1				
Peruanos			2			
Portugueses	1					1
Suizos	1		1			
Uruguayos	123	135	128	122	112	121
Se ignora		1	11	9	6	11
Total	211	214	226	207	197	180

Fuente: *Comisión Nacional de Caridad* [1905], cit., p. 327

Nacionalidad de los ingresos femeninos en el período 1904-1907

Uruguaya	322
Española	45
Italiana	61
Brasilera	9
Argentina	8
Francesa	6
Suiza	1
Portuguesa	1
Belga	1
Austriaca	1
Dalmata	1
Sin dato	30

Fuente: elaboración propia a partir de Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*

La situación general, pero también la de la sección masculina, se modificó a comienzos del siglo XX. Las cifras brindadas por la propia comisión en 1905 dan cuenta de que, de los 1606 internos, 898 (56 %) habían nacido en el país (aunque no se especifica si se trataba de descendientes de inmigrantes), mientras que 708 (44 %) lo habían hecho en el exterior (la tendencia era similar en todas las casas de caridad), por lo que el número de inmigrantes, conforme se redujo el flujo migratorio, también disminuyó de forma considerable.³¹²

Nacionalidad de los ingresos por año en la sección masculina (1900-1905):

³¹² *Comisión Nacional de Caridad* [1905], cit., p. 93.

Nacionalidad	1900	1901	1902	1903	1904	1905
Africanos		1				
Alemanes		2	5	1	1	
Arabes				3		1
Argentinos	13	10	9	2	10	4
Austro-húngaros	5	3	1	2		1
Belgas				2		
Brasileños	6	8	4	5	8	12
Chilenos					1	1
Españoles	25	36	36	39	29	56
Franceses	8	7	9	4	6	9
Ingleses		1			2	2
Italianos	41	67	46	50	36	76
Norteamericanos	1		1	1	1	1
Portugueses		2	1	1		
Rusos				1		
Suizos			1	2	2	2
Turcos				1		
Uruguayos	134	145	129	184	142	162
Se ignora	15	1	19	13	14	23
Total	248	283	261	311	252	276

Fuente: *Comisión Nacional de Caridad* [1905], cit., p. 327.

Otro denominador común a lo largo del período considerado es que la mayor parte de los internos provenía de Montevideo. Podríamos pensar que, en relación con la inmigración, esto se debió al crecimiento de la ciudad, pero también nos sirve para elaborar algunas consideraciones sobre el tratamiento que podían recibir los enfermos psiquiátricos en el Interior del país, los cuales muchas veces subsistían sin ningún tipo de contacto con la Medicina y eran encerrados en habitaciones de las jefaturas de Policía departamentales o bien en sus domicilios. Es ante situaciones (constatadas) de este tipo que sostenemos que las cifras brindadas adolecen de notorias carencias, entre ellas el subregistro, lo que no nos impide aproximarnos a volúmenes generales.³¹³

Edades

En el caso de las edades la situación de lograr guarismos se torna notoriamente más compleja ya que tenemos que utilizar la información declarada por los internos. A ello se suma el subregistro de información que ocultó la internación de niños, una situación común tanto en el asilo como en el manicomio. Por ejemplo, las cifras del año 1879 comienzan con los internos de 19 años en adelante.

Número de pacientes por edades

³¹³ En el capítulo 6 retomaremos la vinculación entre inmigración y enfermedad psiquiátrica.

19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	38
2	1	1	2	2	4	4	3	7	5	2	11	3	2	6	2	1	3	4
40	41	42	43	45	46	47	48	49	50	52	56	58	60	67	70	77	s/d	
2	4	1	1	2	3	1	1	3	3	1	1	1	2	1	1	1	33	

Fuente: *Memoria de la Comisión de Caridad*, cit., 1879.

El encierro de niños no era una situación poco frecuente. Por el contrario, y al igual que en todo el mundo, era usual que los niños y las niñas compartieran el espacio de hospitales o asilos así como de los establecimientos penitenciarios (pese a la existencia en Uruguay desde 1875 de un asilo de huérfanos, además de asilos maternos).

El Asilo Correccional de Menores se inauguró el 13 de julio de 1900, de modo que antes de esa fecha los niños compartían los patios del manicomio o de las cárceles.³¹⁴ En 1898, la comisión delegada del manicomio insistió sobre las dificultades que generaba la presencia de niños por *“la carencia absoluta de local para asilar mayor número de menores afectados de degeneración mental”* por lo que solicitó que *“en lo sucesivo no se le remitan nuevos enfermos de esa naturaleza las que a su juicio podrían ser enviados al Asilo de Crónicos”*.³¹⁵ La comisión

*se ha visto en la obligación de habilitar de la mejor manera posible uno de los corredores del Departamento de mujeres para instalar el dormitorio de dichos menores, local que esta muy lejos de reunir las condiciones indispensables de higiene y abrigo máxima en la próxima estación de invierno.*³¹⁶

En noviembre de 1900 la comisión resolvió suspender *“la remisión de menores”* al manicomio *“por no existir cama alguna disponible”*.³¹⁷ Sin embargo, hasta entonces, médicos y religiosos no vieron como un problema la remisión de menores hacia el asilo o manicomio. Incluso algunas resoluciones llevan a pensar si no era una forma de castigar a quienes cometían faltas de conducta en otros hospicios. Por ejemplo, el 28 de noviembre de 1879 *“la menor María Perano”* fue enviada al Asilo de Dementes, sin certificado médico, con la causal de *“haber cometido una falta en el Asilo Maternal n.º 2 donde se encontraba destinada”*.³¹⁸ Además de las secciones masculina y femenina existía al parecer en el manicomio un espacio destinado a los niños. En 1908 una nota del diario *El Tiempo* (como vimos, opositor a la influencia religiosa) afirmaba que los sótanos del manicomio estaban destinados a los *“dormitorios y alojamientos para niños”*. El mismo artículo denunciaba que *“en ellos no hay luz, ni aire y reina allí una constante humedad, agravada en invierno por un frío intenso a causa de la falta absoluta de calefacción”*.³¹⁹

Las fuentes dan cuenta de la presencia de niños que, en algunos casos, también nacieron en el nosocomio y no fueron enviados a los asilos maternos o a la casa de expósitos. En la papelería oficial carecemos de cifras o datos certeros acerca de la

³¹⁴ Un informe realizado el 18 de julio de 1891 por el Consejo Penitenciario trasluce la precaria situación de los menores en la cárcel: *“En ese cuadro [...] resalta como nota culminante, un grupo de menores de catorce años, harapientos y medio desnudos, que allí se confunden con aquellos seres viciosos que les inculcan las nociones de depravación y perversión moral”*. AGN, Fondo Ministerio de Gobierno, Cárcel Correccional y Penitenciaria, 1891-1896, carpeta n.º 2.

³¹⁵ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 7 de agosto de 1896 a 24 de mayo de 1898, f. 239.

³¹⁶ Ídem.

³¹⁷ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 5 de enero de 1900 a 26 de junio de 1901, f. 150.

³¹⁸ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4837, f. 227.

³¹⁹ *El Tiempo*, 3 de marzo de 1908, p. 1.

presencia de menores y adolescentes. El último ingreso de una persona menor de cinco años data de 1911, lo que no implica que hayan salido del manicomio los internos niños que se encontraban bajo tratamiento e ingresaron de forma previa.³²⁰ Incluso muchos murieron en el manicomio, como M. B. de tres años e internada el 16 de diciembre de 1904 por ser “*idiota de nacimiento*”, quien falleció seis meses más tarde por una bronquitis. Lo mismo ocurrió con M. P. de cuatro años, internada el 13 de marzo de 1905, hija de madre epiléptica, y con un diagnóstico de “*idiocia*”, que falleció el 10 de junio de 1907 a causa de tuberculosis vertebral (en el registro figura como mal de Pott).³²¹ Incluso se llegaron a dar casos donde madre e hija convivieron en el establecimiento. Por ejemplo, C. C., de ocho años, internada el 2 de octubre de 1906 por “*idiocia*”, quien fue enviada con su madre paciente del manicomio.³²² También se procedió a internar a mujeres embarazadas, como en el caso de C. M. (registrada como “*mulata*”), oriental de 26 años, internada el 8 de octubre de 1894 a pedido de la familia, quien el 21 de diciembre de 1894 parió dentro del manicomio una niña, pero, por su condición de alienada, perdió la patria potestad y la recién nacida “*fue remitida al asilo de huérfanos*”.³²³

Importa aclarar que el número de menores internados no resulta significativo en comparación con el total de internos. En el otro extremo de la población mayor de sesenta años la pirámide se angosta, pese a lo cual encontramos internaciones, aunque lamentablemente solo pudimos relevar datos para dos períodos (1893-1895 y 1904-1907) en la sección femenina. Podríamos pensar que, sobre todo entre la población más humilde, el envío de un familiar anciano al manicomio podía ser visto como una forma de garantizar la subsistencia elemental, sobre todo si tomamos en cuenta la derivación realizada por los psiquiatras hacia el Asilo de Mendigos y Crónicos.

Entre las mujeres, pese a las cifras discontinuadas y a las omisiones, entre 1879 a 1907 la principal concentración en una franja etaria se encuentra entre los veinte y los cuarenta años. Si tomamos en cuenta los promedios de esperanza vital de la época podríamos decir que estamos ante mujeres 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 es muy similar y las cifras de esperanza de vida eran menores aunque no de forma significativa (41,7 años en 1883 hasta 50,8 en 1908-1909).³²⁴ 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.³²⁵

Estado civil

En 1879 el capataz de la sección masculina del asilo, Alfredo Navarro, realizó una estadística sobre la situación civil de los internos hombres en el período 1860-1879.

³²⁰ Una publicación oficial de la Facultad de Medicina de 1915 afirmó que “*los niños hasta la edad de diez años*” se seguían alojando “*en la división de mujeres*”. *La Facultad de Medicina de Montevideo, 1875-1915*, Montevideo, Tipografía Moderna, 1915, p. 478.

³²¹ Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 53 y f. 102. En un artículo de 1904 Bernardo Etchepare se refirió entre los pacientes estudiados en su artículo a cuatro niñas “*idiotas*”. Véase Bernardo Etchepare, “La menstruación en las alienadas”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1904, vol. VII, p. 468.

³²² Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 393.

³²³ Hospital Vilardebó, *Libro de Ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, f. 104.

³²⁴ Cifras tomadas de Damonte, o. cit.

³²⁵ Elaborado en base a *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, p. 328 y *La Asistencia Pública*, cit., p. 295

Según esta cifra, 799 personas estaban solteras, 492 casados, 67 viudos y 79 individuos de los que se carecía de información, lo que compone un total de 1437 personas.³²⁶

El libro de mujeres ingresadas entre el 14 de noviembre de 1893 y 18 de junio de 1895 da cuenta de que había 99 mujeres solteras, 72 casadas, 11 viudas y 2 que desconocían su estado civil (entre las casadas 27 eran uruguayas, 44 extranjeras y solo una desconocía su nacionalidad).³²⁷ El libro de entrada de mujeres para el período 1904-1907 demuestra que de las internas contabilizadas 244 eran solteras, 168 se declaraban casadas, 50 eran viudas y de 30 no había datos. Entre las mujeres casadas 93 eran uruguayas, 73 extranjeras y solo en dos casos no se contaba con información.³²⁸ Lamentablemente carecemos de referencias para otros períodos o sobre la sección masculina.

Ocupación

En cuanto a las ocupaciones, el establecimiento de reclusión manicomial estuvo destinado a los sectores más pobres de la población, por lo que entre las ocupaciones de quienes fueron internados se destacan aquellas desempeñadas 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. Son escasas las referencias a profesionales o a personas provenientes de los sectores más acaudalados de la población que, como señalamos, incluso cuando se trataba de hombres o mujeres pertenecientes al patriciado en decadencia, eran recluidos en algún convento o en un cuarto apartado de la residencia familiar.

En el año 1879, el registro da cuenta de un sargento de policía, un guarda de tren, dos carpinteros, cuatro marineros, doce labradores, un escribiente, nueve jornaleros, una persona que se definió como “*changadora*” pero que podríamos considerar jornalero, un sastre, un pintor, cuatro albañiles, un maquinista, un tenedor de libros, un peón, dos sirvientes, dos estancieros (¿delirio de grandeza?), un ingeniero naval, cuatro cocineros, un “*ajustador de máquinas*”, seis comerciantes, un ingeniero, un vago, un picapedrero, un médico, un foguista, un dependiente de comercio, un quintero, dos sin profesión y cincuenta y nueve que ignoraban a qué se dedicaban. La primacía de la ignorancia sobre la ocupación seguro da cuenta del estado de abandono y vagancia en que se encontraban estas personas.³²⁹ Aunque probablemente también de la escasa voluntad institucional por averiguar algunos datos elementales sobre la biografía de cada interno.

En el caso de las mujeres, para el año de 1879 podemos ver que el rango de actividades ocupacionales es notoriamente más limitado que el de los hombres.

Ama de casa	Planchadora	Fondera	Jornalera	Lavandera	Sirvienta	Ignora
28	1	1	1	2	2	29

³²⁶ *Boletín de la Sociedad Ciencias y Artes*, 27 de julio de 1879, año III, n.º 30, p. 358. Lamentablemente carecemos de mayor información para el caso de los hombres.

³²⁷ Cifras tomadas de Hospital Vilardebó, *Libro de Ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*.

³²⁸ Elaboración propia a partir de Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*.

³²⁹ *Memoria de la Comisión de Caridad*, cit., 1879.

Fuente: *Memoria de la Comisión de Caridad*, cit., 1879.

La citada estadística elaborada por Navarro para los hombres incorporó totales para el período 1860-1879 y vemos una notable preeminencia de quienes se definían como “jornaleros” con 769 personas, que sumaban más de la mitad de los 1437 internos registrados por el capataz del asilo.³³⁰ De todos modos, no deberíamos descartar la posibilidad de que “jornalero” fuera una denominación genérica para los desocupados.

En el resto de las profesiones se destacaban 80 labradores, 70 comerciantes, 49 militares, 40 carpinteros, 36 marineros, 29 zapateros, 27 albañiles, 25 cocineros. Entre los “profesionales” podemos destacar 14 maestros de escuela, 8 contadores, 6 escribanos, 5 médicos, 4 cirujanos y 4 arquitectos, más allá de que también debemos puntualizar que las categorías pueden ser un tanto laxas y los denominados arquitectos podían ser constructores o los contadores dependientes de comercio o de estudios contables, mientras los médicos o cirujanos curanderos o sangradores.³³¹

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 %. 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 1904-1907, pudimos corroborar que también se señaló la realización de “labores” como ocupación en casos de niñas de tres, cuatro o cinco años y de ancianas demenciadas, por lo que es probable que, si tomamos en cuenta las características de esa población, se tratara de un formulismo antes que de una información real. Asimismo, podía seguir pasando lo que el médico Ernesto Fernández y Espiro advirtió en la década de 1880, cuando afirmó que muchas prostitutas mentían su profesión al ingresar a los hospitales públicos y decían ser “lavanderas” o “planchadoras”, tareas típicas de las mujeres pertenecientes a los sectores populares.³³²

Año	Total de ingresos	Jornaleros	Quehaceres domésticos
1908	567	147	194
1909	610	137	229
1910	620	137	215
1911	703	133	234

Fuente: Elaborado en base a *La Asistencia Pública Nacional*, p. 296.

En el caso de las altas de esos cuatro años, nuevamente se imponen las categorías de jornaleros y de labores domésticas como los guarismos más importantes,

³³⁰ Luis Alberto Romero e Hilda Sabato 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, e incluía las ocupaciones tanto urbanas como rurales. Luis Alberto Romero, Hilda Sabato, *Los trabajadores de Buenos Aires: la experiencia del mercado, 1850-1880*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1992, pp. 111-146.

³³¹ Datos tomados de *Boletín de la Sociedad Ciencias y Artes*, 27 de julio de 1879, año III, n.º 30, p. 358.

³³² Véase 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. 50.

siendo notoriamente más pronunciado en el caso de las mujeres (con un leve descenso en el último año).

Hombres

Año	Total de egreso	Jornaleros
1908	205	84
1909	206	84
1910	231	97
1911	261	107

Fuente *La Asistencia Pública Nacional*, p. 300.

Mujeres

Año	Total de egreso	Quehaceres domésticos
1908	158	137
1909	198	159
1910	196	164
1911	211	165

Fuente *La Asistencia Pública Nacional*, p. 300.

En los talleres de trabajo —estudiados más adelante— sobre todo las mujeres fueron utilizadas para cumplir tareas que probablemente desempeñaban en su vida cotidiana de forma previa a la internación: lavar, coser, planchar, zurcir y cocinar. Los hombres fueron utilizados en su mayor parte para tareas físicas, en el jardín, en las reformas edilicias e incluso cumpliendo funciones de limpieza y vigilancia. Es probable que esas personas se reincorporaran al mercado laboral en las mismas ocupaciones que declararon al momento de ingresar al hospicio y que desarrollaron durante la internación.

Los pensionistas

Con relación al total de las personas asistidas durante el período considerado, los pensionistas nunca llegaron a ser más del 20 %.³³³ 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.

Quienes pagaban la asistencia se dividían en tres categorías: pacientes de primera que tenían una habitación individual y un sirviente; de segunda, que compartían su habitación con otros dos enfermos; y de tercera, que se alojaban en un pabellón especial. En la documentación podemos apreciar que los pensionistas de primera pertenecían a familias acaudaladas. Véase por ejemplo el pedido de Federico Flerquín, integrantes de una de las familias más prósperas de la época, para que se admitiera “como pensionista de 1.^a clase” a “su hermano Jorge”.³³⁴ Sin duda la abrumadora mayoría de los internos del manicomio se encontraban entre los estratos sociales económicamente más bajos, pero este tipo de peticiones demuestran que la institución era una alternativa convincente para una parte de las clases altas.

³³³ Valeria Pita señaló una situación similar en el Hospital de Mujeres Dementes de Buenos Aires para el período 1852-1890. Véase Pita, o. cit., p. 136.

³³⁴ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 7 de agosto de 1896 a 24 de mayo de 1898, f. 33.

Según cifras aportadas por Aníbal Barrios Pintos y Yubrandat Bespali, en 1860 los pensionistas de primera abonaban \$ 60 mensuales, \$ 30 los de segunda y \$ 15 los de tercera.³³⁵ Por ejemplo, a comienzos de la década del ochenta del siglo XIX el presupuesto total del manicomio rondaba los \$ 40 000 anuales, pero el aporte realizado por los pensionistas de las tres categorías apenas superaba el 13 % según nuestros cálculos.³³⁶

Pese a su número reducido, los pensionistas también generaron un problema locativo a lo largo de todo el período. En 1881 Ángel Canaveris sostenía que la sección de pensionistas “*compuesta solo de diez habitaciones, contiene las tres categorías de pensionistas confundidas, cuando debieran estar separadas y disponer cada una de su comedor, servicio y demás comodidades relativas*” por lo que había “*serias dificultades para formar las tres divisiones de pensiones que se han establecido y darles la organización que cada una de ellas requiere*”.³³⁷ El 11 de noviembre de 1904 la comisión delegada resolvió suspender “*de inmediato la remisión de nuevos enfermos de esa categoría*” “*dada la completa escasez del local en la parte del edificio destinada a dicha repartición*”.³³⁸

En 1905 los pensionistas hombres eran 113 (7 de primera, 34 de segunda y 72 de tercera) y las mujeres eran 83 (6 de primera, 29 de segunda y 48 de tercera clase),³³⁹ conformando el 11 % de los más de 1800 pacientes atendidos.³⁴⁰ Por tanto, si bien señalamos que la pensión de primera era viable para algunas familias, estas cifras demuestran que, pese a ello, su número era reducido.

La suma mensual que se debía abonar, en cualquiera de los períodos señalados, estaba relacionada con las posibilidades de cada familia o con el patrimonio personal del internado que era administrado por su curador. Algunas cifras aportadas por Bernardo Etchepare en una estadística que presentó ante la Comisión de Caridad, sostienen que entre 1899 y 1908 ingresaron como pensionistas del manicomio 411 hombres sobre un total de 2861 (no señala las reincidencias) —el 14 % del total—, mientras que hubo 352 mujeres pensionistas de un total de 1984, durante el mismo período, lo que porcentualmente se traduce al 18 % del total de ingresos.³⁴¹ Los médicos batllistas, como Santín Carlos Rossi, partidarios del “*socialismo de Estado*”, eran contrarios a la existencia de una sección de pensionistas porque reclamaban igualdad en el trato para todos los pacientes.³⁴²

Fueron comunes los juicios iniciados por la Comisión que reclamó en más de una oportunidad el pago de haberes a las familias o a los curadores nombrados por un juez. El artículo 401 del *Código Civil* disponía que el curador de un incapaz con medios propios para sustentarse, debía utilizar esos recursos en “*aliviar su condición*”; situación que no siempre ocurría.³⁴³ El 2 de marzo de 1900, la Comisión Delegada del Manicomio encomendó al procurador de la Comisión de Caridad que realizara “*gestiones tendientes*

³³⁵ Barrios Pintos, Bespali, art., cit.

³³⁶ Elaborado sobre la base de la información proporcionada por: AGN-HA-MSP-HCM, libro 4844, f. 443.

³³⁷ Canaveris, “Memoria...”, cit., p. 309.

³³⁸ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 28 de octubre de 1904 a 11 de octubre de 1905, f. 17.

³³⁹ *Comisión Nacional de Caridad* [1905], cit., p. 319.

³⁴⁰ Pagaban de forma mensual 60, 30 y 15 pesos respectivamente. Las fuentes establecen que el precio era el mismo que en la década de 1860. Datos tomados de *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, cit., p. 318.

³⁴¹ Bernardo Etchepare, “El alcoholismo mental en Uruguay [informe presentado a la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública el 21 de agosto de 1909], en Anexo al *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, Montevideo, setiembre de 1909, año IV, n.º 35, p. 7.

³⁴² Véase Rossi, *El alienado*.

³⁴³ Véase Castro, tomo 1436, cit., fs. 145-147. Volveremos sobre el punto al tratar los juicios por incapacidad.

*a hacer efectivas las disposiciones de la ley del Tesoro de Caridad sobre cobro de hospitalidades en virtud de las resistencias opuestas para su pago por diversos deudos pudientes cuya nómina ofrece remitir”.*³⁴⁴

No deberíamos descartar que la mínima presencia de los pensionistas en el establecimiento —en especial los de primera—, también se debiera a la negativa de las familias de cierto nivel económico a enviar a sus deudos a un lugar que se consideraba destinado para personas de escasos recursos o marginales. A comienzos del siglo XX, los médicos comenzaron a cuestionar la reclusión domiciliaria porque el enfermo llegaba con pocas condiciones de recuperación, ya que no era sometido a un tratamiento sostenido.

Conclusiones

En este breve capítulo intentamos mostrar algunos rasgos cuantitativos que caracterizaron a la población recluida en el Asilo de Dementes y en el Manicomio Nacional. Es probable que las fuentes presenten inexactitudes o carencias, pero ello no fue un óbice para tratar de elaborar una caracterización general.

En primer lugar, podemos señalar que tanto los hombres como los mujeres destinados al nosocomio para enfermos psiquiátricos provenían en su mayoría del medio rural local, constituyendo quienes declaraban ser nativos e incluso provenir del Interior del Uruguay (aunque su internación se realizara desde Montevideo) poco más de la mitad de los internos. Esta situación no se puede explicar fuera de las transformaciones productivas que vivió el Uruguay a partir de la década de 1870, ya que la desocupación que en el medio rural generó el alambramiento de los campos (y que afectó en la década de 1880 a unas 40.000 personas, cerca del 10% de la población rural del país³⁴⁵) provocó un masivo desplazamiento a las ciudades. A diferencia de Argentina, donde, según la bibliografía, la mayor parte de los internos en hospitales psiquiátricos eran extranjeros, podríamos decir que en Uruguay los internos fueron en su mayoría locales. Aunque huelga realizar una precisión: si bien podríamos pensar que esos internos que declaraban provenir de puntos del país fuera de Montevideo, eran de todos modos personas urbanizadas, ya que vivían en la capital del país como consecuencia de su traslado probablemente en busca de mejores condiciones laborales.

Ese movimiento demográfico se complementa con la migración internacional, que aportó internos al hospicio, cuyo porcentaje alcanza aproximadamente un 40% de todos los pacientes durante el período. A ello se agrega un margen de error para aquellos casos en los que no contamos con información o declararon desconocer su nacionalidad.

En segundo lugar, es dable señalar que el promedio de edad de los internos durante el período se encontraba entre los 20 y los 40 años de edad. Si bien la esperanza de vida llegó a comienzos del siglo XX a 50 años, estamos ante una población joven y económicamente activa. De ahí que buena parte de los internos declararan algún tipo de actividad laboral, que en la abrumadora mayoría correspondió a los oficios que realizaban los sectores populares: jornaleros los hombres y “labores” las mujeres. En los hombres el registro es más amplio y, si bien predominan quienes realizaban tareas zafrales, podemos encontrar otras actividades ocupacionales. Por el contrario, en el caso

³⁴⁴ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 5 de enero de 1900 a 26 de junio de 1901, f. 24.

³⁴⁵ La importancia que tuvo la corriente migratoria interna hacia Montevideo, queda manifiesta en el Censo Nacional de 1908, donde se registra que el 12,72% de sus habitantes era oriundo de los departamentos de la campaña. José Pedro Barrán, Benjamín Nahum, *Historia Rural del Uruguay moderno*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1967, vol. I, p. 560.

de las mujeres también en ese plano se acentuaban las diferencias por sexo y es prácticamente monolítica la predominancia de las labores como principal fuente laboral.

También encontramos un reducido núcleo de internos en los extremos de la vida: niños y personas de 60 años o más. Si bien su número es reducido, revisten interés cualitativo por, al menos, dos motivos. En primer término porque su presencia da cuenta de que el Asilo-Manicomio no estableció diferenciaciones etarias que limitaran la edad para ingresar al hospicio. En segundo término, esa remisión de niños y ancianos podría ser vista como una estrategia de las familias de menores recursos económicos, que enviaban al Asilo a los integrantes que significaban una carga.

En tercer lugar, pudimos apreciar que un número significativo de pacientes declaró estar casado, lo que se corresponde con las solicitudes de internación por parte de esposas pero, sobre todo, de esposos (situación que, según Ablard y Pita, también fue común en Buenos Aires). En este punto podemos encontrar estrategias por las cuales las familias recurrían a la internación por no poder sustenar la manutención de un deudo con una patología psiquiátrica, pero también como una forma de resolver conflictos. En ese sentido, algunas de las preguntas que realizamos sobre los “disgustos” generados por una esposa o hija 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.

En último lugar, hay otro dato general, y que contiene a los cuatro señalados en esta síntesis, y es 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 al hospicio como un lugar de reclusión- comenzaron a señalar las ventajas científicas de la internación. Esa transformación no fue abrupta; 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 a las decisiones de la Justicia y montar, en torno al renombrado Hospital Vilardebó, un estratagema científico (y político) para cumplir con sus cometidos e institucionalizar sus saberes. Las ideas que los motivaron, luego de la aprobación de la Ley de Asistencia Pública, se basaban en la convicción según la cual *“el Estado debe considerar la asistencia de los alienados —sin distinción de clases*

*sociales— como ineludible función social”, esa asistencia “debe ser obligatoria y precoz” y “la tutela del Estado no debe terminar en el asilo”.*³⁴⁶ 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. Aunque por momentos la formación del campo y su legitimación no fue respetado 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.

³⁴⁶ Rossi, *El alienado...* pp. 75, 76.

II. Estudiar

Capítulo 3

El desarrollo de la Psiquiatría en Uruguay

Introducción

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 noxografía.

Resulta imposible desligar el análisis de 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 forma los médicos locales contribuyeron en 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 las contiendas entre las visiones acerca de la herencia, la degeneración y la introducción de la criminología positivista.

La Facultad de Medicina

Es imposible desligar el análisis de 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.

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 1876.³⁴⁷

Entre fines de la década de 1840 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 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

³⁴⁷ En otras regiones ya funcionaban una o más facultades de Medicina: Brasil en 1808, Buenos Aires desde 1822.

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 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”*. 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 recibirá nada en recompensa el Estado, nada en retribución —ni aún siquiera una mínima parte de los sacrificios que hiciera”*.³⁴⁸ 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 costársela 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”*.³⁴⁹ 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 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 al positivismo como corriente hegemónica.³⁵⁰

En 1876 comenzaron a funcionar las dos primeras cátedras de la Facultad: Anatomía a cargo del médico polaco Julio Jürkowski³⁵¹ y la de Fisiología a cargo del

³⁴⁸ *Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes. Primer período de la 11.ª legislatura*, Montevideo, s.d., 1879, tomo XIX, en especial pp. 185-187.

³⁴⁹ *Ibidem*, p. 224.

³⁵⁰ Ardao, *Espiritualismo y Positivismo*, pp. 139, 140. El *“imperio oficial del positivismo”*, según el mismo 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, *Espiritualismo...*, o. cit., pp. 233-237. También Oddone, París, o. cit., pp. 72-90.

³⁵¹ Jürkowski nació en Varsovia el 18 de enero de 1843. Estudió Medicina en Polonia -de donde fue expulsado por oponerse a los sectores promoscovitas- y en Montpellier. Llegó a Montevideo en 1867 y comenzó a trabajar como médico, primero en el Lazareto y luego en la Policía, hasta 1876, cuando se incorporó al plantel docente de la Facultad de Medicina, donde permaneció hasta 1884. Fue el primer decano electo por los profesores de la Facultad y llegó a ocupar el cargo de vicerrector de la Universidad. Murió en la provincia argentina de Misiones en diciembre de 1913. Datos tomados de Ardao, *Espiritualismo y positivismo*, pp. 161, 162; Oddone, París, o. cit., p. 198.

médico español Francisco Suárez y Capdevilla, ambos exiliados en Uruguay.³⁵² 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.³⁵³ 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.³⁵⁴ 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 Jürkowski*), Fisiología (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*³⁵⁵).

Ese mismo año los docentes de la Facultad de Medicina iniciaron la publicación de la *Gaceta Médica, Periódico Bi-Mensual* cuya dirección ejerció Alejandro Fiol de Pereda y cuyo cuerpo de redacción estaba integrado por Suárez 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.³⁵⁶ A partir de ese momento fundacional los médicos comenzaron a editar cada vez más publicaciones hasta llegar, en 1898, a la edición de la *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 con 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 París, en los primeros años de historia de la casa de estudios, el establecimiento estuvo sumido en sucesivas crisis. Diversas circunstancias provocaron esa situación, como los profesores que carecían de formación docente, 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

³⁵² Suárez y Capdevilla fue el primer decano de la Facultad, su designación dependió del gobierno de la época. Nació en Gerona, Cataluña, en 1842. Se doctoró en la Facultad de Medicina de Barcelona. Militante del Partido Republicano Federal, del que llegó a ser diputado, se vio forzado al exilio luego del golpe de Estado de 1873 que disolvió el Parlamento y puso fin a la Primera República Española. Regresó a su tierra natal en 1878 pero once años más tarde retornó a Uruguay. Datos tomados de Mañé Garzón, *Pedro Visca*, p. 130.

³⁵³ Eduardo Acevedo, vol. IV, pp. 121, 122. Mañé Garzón, *Pedro Visca*, p. 12.

³⁵⁴ Ardao, *La Universidad...* p. 67.

³⁵⁵ Datos tomados de Mañé Garzón, *Pedro Visca*, p. 140. Es probable que en este caso, como en otros, los nombres de pila esten castellanizados, sin embargo no fue posible obtener información biográfica de todos los mencionados.

³⁵⁶ “Nuestro programa”, en *La Gaceta Médica*, 18 de setiembre de 1877, año I, n.º 1, p. 1.

*Caridad, que obstará con toda clase de trabas e inconvenientes al desarrollo de la escuela médica.*³⁵⁷

En 1882, en la inauguración de la Cátedra de Anatomía, Pedro Hormaeche, uno de los primeros egresados de la casa de estudios, afirmó que:

*Los estudios universitarios están abandonados entre nosotros á sí mismos; reina tal incuria entre las personas que se dedican a llenar los programas universitarios, que se ha enseñoreado de ellos la más completa anarquía; no hay un solo estudiante que conozca la práctica del estudio, y cuando recibe el título de Bachiller no solo no se conocen las ciencias en que se ha salido aprobado, sino que tampoco se sabe estudiar.*³⁵⁸

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 1882 había 12 alumnos, y fue ese mismo año en el que se produjeron los primeros egresos.³⁵⁹ 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. Podríamos seguir una expresión de Carlos Altamirano —utilizada para definir al grupo de los primeros científicos sociales argentinos—, quien sostiene que

*más allá de las disparidades resultantes de la fortuna y de los lazos familiares, lo que los calificaba a todos como miembros de un mismo grupo, el de la elite intelectual, era la posesión de “capital cultural”, ese conjunto de saberes y destrezas de orden simbólico cuya acreditación formal pasará poco a poco a manos de la institución universitarias”.*³⁶⁰

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 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 [sic]” de los diplomados nacionales, que hacían todo lo posible por preservar para los egresados de la Facultad de Medicina los puestos de trabajo.³⁶¹ También había problemas entre los nuevos egresados y los médicos más encumbrados, de larga actuación y “que no deseaban se modificara su situación profesional un tanto descuidada”.³⁶² A eso se agregaba, según Mañé Garzón, que muchos de esos médicos no estaban actualizados en los adelantos de la ciencia. Por tanto, el recelo hacia la facultad se podía vincular al peligro de quedar en evidencia por su falta de preparación.³⁶³

³⁵⁷ Oddone, París, o. cit., p. 199.

³⁵⁸ *Anales del Ateneo*, Montevideo, 5 de mayo de 1882, año I, tomo II, n.º 9, p. 14.

³⁵⁹ Cifras tomadas de Oddone, París, o. cit., p. 419.

³⁶⁰ Carlos Altamirano, “Entre el naturalismo y la psicología: el comienzo de la “ciencia social”, en Federico Neiburg, Mariano Plotkin, (compiladores), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 2004, p. 34.

³⁶¹ Brendel, o. cit., p. 9 y p. 235.

³⁶² Mañé Garzón, *Pedro Visca*, p. 141.

³⁶³ Es particularmente llamativo que en el compendio de biografías realizada por Gutiérrez Blanco, que hemos citado en más de una ocasión, esa relación entre los egresados locales y los del exterior, no sea

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 descripta en los manuales más divulgados.

La presencia de uruguayos en el cuerpo docente se tornó evidente en 1885, cuando seis cursos de trece 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 Regules³⁶⁴ 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*”.³⁶⁵ Los cursos restantes Química Médica, Patología General, Anatomía Patológica, Patología Quirúrgica, Patología Médica, Clínica Quirúrgica, Materia Médica eran dictados por José Arechavaleta (vasco), Antonio Serrastosa, Guillermo Leopold, José Miralpeix, Juan Crispo Brandis (italiano), José Pugnolini, Eduardo Kemmerich, respectivamente.³⁶⁶

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 que 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.³⁶⁷

En 1885 la Ley Orgánica de la Universidad estableció que solo la Facultad de Medicina podía expedir título habilitante.³⁶⁸ 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, es que la nueva generación de médicos, que despuntaría a comienzos del siglo XX, decidió iniciar una cruzada para modificar las condiciones laborales y profesionalizar la función.³⁶⁹ 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, los 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

recordada como problemática pese a que las fuentes son inequívocas en señalar los problemas que se suscitaron entre médicos “nacionales” y “extranjeros”.

³⁶⁴ Fundador de la Sociedad Universitaria en 1875, organización que según Ardao contribuyó a la divulgación del positivismo en el país. Ardao, *Espiritualismo y positivismo*, p. 293. Egresó de la Facultad en 1883 y fue su decano entre 1889 y 1898.

³⁶⁵ Citado en *El Libro del Centenario*, p. 499.

³⁶⁶ Datos tomados de Mañé Garzón, *Pedro Visca*, p. 183.

³⁶⁷ Oddone, París, o. cit., p. 249.

³⁶⁸ Véase *El libro del Centenario*, p. 501.

³⁶⁹ Esto también implicó la ruptura definitiva con el catolicismo local y con una tradición muy estrecha de vinculación entre la Iglesia Católica y la Universidad. Véase Ardao, *La Universidad...*, pp. 53-55.

alfabetización y de la educación secundaria —a lo que deberíamos agregar las expectativas de ascenso social y prestigio que generaban la realización de una carrera universitaria—, hicieron que un importante número de jóvenes optara por inscribirse en la Facultad de Medicina.

La insistencia en la educación como un factor aglutinante, de cohesión social y de mejora individual, y por ende colectiva, era promovida desde algunos sectores políticos como el batllismo. En ese sentido coincidían con los grupos ruralistas, quienes también buscaron “*adaptar socialmente*” a los pobres e incorporarlos al sistema de la estancia capitalista e insistían en la educación, junto a la religión, como un factor de estabilidad social.³⁷⁰ Sin embargo, 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*”.³⁷¹

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

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. Sin embargo, 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 contribuyó a la expansión de la nueva disciplina médica y en 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 las instituciones

³⁷⁰ Ariadna Islas, *La Liga Patriótica de Enseñanza. Una historia sobre ciudadanía, orden social y educación en el Uruguay (1888-1898)*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2009, p. 47.

³⁷¹ 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.

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 si mismos*” colaboraron “*en la creación de las dimensiones del Estado a las que se asociaban.*”³⁷²

Del mismo modo que encontramos dificultades para definir el campo, tenemos problemas para datar un momento o un período específico 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 y 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 sumaron 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,³⁷³ un oftalmólogo como Joaquín de Salterain³⁷⁴ e incluso alguien especializado en cirugía como Bernardo Etchepare destacaran a comienzos del siglo XX en el campo de los estudios psiquiátricos.

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 médica³⁷⁵ 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 —cuya biografía ya vimos—, 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).³⁷⁶ También fue alumno de Claude Bernard, e incluso se preserva una carta que enviara a Vilardebó en 1850 con algunos apuntes tomados durante el curso.³⁷⁷

Entre 1864 y 1865, Pedro Visca estudió en la Salpêtrière distintas afecciones del sistema nervioso como alumno de Jean Marie Charcot (con quien, según Mañé Garzón,

³⁷² González Leandri, art., cit., p. 39.

³⁷³ Nació en 1867 en Montevideo y murió en 1935. En 1892 egresó de la Facultad de Medicina con una tesis sobre la fiebre tifoidea. Fue fundador de la Cátedra de Pediatría y entre 1908 y 1926 su director. Datos tomados de Fernando Herrera Ramos, Rubén Gorlero Bacigalupi, “Luis Morquío”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. I, pp. 59-61.

³⁷⁴ Nació en Montevideo en 1856 y murió en la misma ciudad en 1926. Egresó de la Facultad de Medicina en 1883 y viajó a Europa, con Francisco Soca y Enrique Pouey, para perfeccionar sus estudios en París, donde se especializó en oftalmología. Regresó a Uruguay en 1886 y comenzó a trabajar en el Asilo de Expósitos y Huérfanos y en una clínica privada para personas de escasos recursos. También fue fundador y primer director de la Oficina de Censo y Estadística Municipal. Datos biográficos tomados de Rubén Gorlero Bacigalupi, “Dr. Joaquín de Salterain”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. I, pp. 83, 84.

³⁷⁵ José Babini, *Historia de la Medicina*, Barcelona, Gedisa, 2000, 2.ª ed., p. 123.

³⁷⁶ Mañé Garzón, Pou Ferrari, o. cit., p. 56.

³⁷⁷ La carta se reproduce en Mañé Garzón, Pou Ferrari, o. cit., pp. 257-259.

trabó una larga amistad) en las clases sobre neurología clínica básica.³⁷⁸ 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. Héguay (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 Etchepare (1894), Carlos de Oliveira Nery, Isidoro Rodríguez (1896).³⁷⁹ Podríamos agregar a esta lista a Enrique Castro, quien no egresó en Francia, pero realizó en aquel país parte de sus estudios de grado.

Algunos de esos profesionales fueron quienes se encargaron de la divulgación y profesionalización de la disciplina psiquiátrica en Uruguay. 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 1888.³⁸⁰ 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 resultó fundamental para la difusión de las principales corrientes psiquiátricas en el medio uruguayo.³⁸¹

En los primeros años de funcionamiento de la Facultad de Medicina, los alumnos se acercaban al campo psiquiátrico en el abordaje que realizaban 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.³⁸² 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*”.³⁸³ 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*

³⁷⁸ Mañé Garzón, *Pedro Visca*, p. 77.

³⁷⁹ Subrayados quienes tuvieron actuación en el campo de la Psiquiatría.

³⁸⁰ Soca nació en Montevideo en 1856. Originariamente, se inscribió en la Facultad de Derecho, que cambió por la de Medicina. Luego de regresar de Francia en 1889 fue designado médico del Manicomio Nacional. Sin embargo, son prácticamente inexistentes los casos clínicos publicados por Soca y algunos, también escasos, se encuentran inéditos entre su papelería que se preserva en el Museo Histórico Nacional (MHN). Referencias tomadas de Fernando Herrera Ramos, Ruben Gorlero Bacigalupi, “Francisco Soca”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. 1, pp. 40-43. Su tesis en Uruguay: Francisco Soca, *Historia de un caso de ataxia locomotriz sifilítica. Tesis para optar el grado de doctor en Medicina y cirugía*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1883.

³⁸¹ Eduardo Wilson, “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, p. 21.

³⁸² Ángel Ginés, “Noventa años de la Clínica Psiquiátrica...”, cit; AGN, Archivo de la Universidad de la República (AGU), “13 de febrero de 1885. Oficio del Ministerio de Justicia, Culto e Instrucción Pública al Dr. Alfredo Vázquez Acevedo, rector de la Universidad de la República, comunicando arrobamiento de varios nombramientos para catedráticos”, caja 38, carpeta 22.

³⁸³ Puppo, Murguía, art., cit., p. 183.

llenaría un gran vacío”.³⁸⁴ 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 con 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 en los establecimientos de caridad*”.³⁸⁵ Un año más tarde crearon el *Servicio Permanente de Prácticas*, 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*”.³⁸⁶

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”.³⁸⁷ De forma voluntaria Etchepare comenzó 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*”.³⁸⁸

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*”.³⁸⁹

³⁸⁴ Castro, tomo 1436, cit., fs. 424, 425.

³⁸⁵ *Estatutos de la Asociación de Internos de las Casas de Caridad*, Montevideo, Tipográfica Verdi, 1904, citados en Krause, art., 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.

³⁸⁶ *El Día*, 25 de noviembre de 1905, p. 2.

³⁸⁷ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 28 de octubre de 1904 a 11 de octubre de 1905, fs 123, 124.

³⁸⁸ *Ibidem*, fs. 6, 7.

³⁸⁹ *Ibidem*, fs. 90, 91.

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 imperiosa necesidad de contar con más personal, en lo posible gratuito, que se encargara de asistir al cada vez más creciente número de internos.

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.³⁹⁰ Aunque insistió en que el número de guardianes era muy bajo para la cantidad de internos.³⁹¹ Al mismo tiempo, aún se mantenía la tensión con las religiosas acerca de a quién 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 Dr. 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 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*”.³⁹² 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 1908.³⁹³

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 dentro del nosocomio, 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 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 Etchepare³⁹⁴ (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*”.³⁹⁵ En setiembre de 1910 se aprobó un préstamo de mil pesos para la construcción de un nuevo pabellón de

³⁹⁰ *Ibidem*, f. 113.

³⁹¹ *Ibidem*, f. 115.

³⁹² AGN-CNCBP, Libro de Actas, 21 de febrero a 20 de octubre de 1908, f. 151.

³⁹³ *Ibidem*, f. 164.

³⁹⁴ Quien hasta entonces se desempeñaba como docente de Anatomía, materia del segundo año. Archivo General de la Universidad, Trayectorias Universitarias, Colección Daniel Waksman, Eduardo Acevedo, *La enseñanza universitaria en 1904. Informe presentado por Eduardo Acevedo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1905, p. 145; Eduardo Acevedo, *La enseñanza universitaria en 1905. Informe presentado por Eduardo Acevedo, Rector de la Universidad de Montevideo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906, p. 295.

³⁹⁵ Puppo, Murguía, art., cit., p. 186.

la cátedra y un “laboratorio de Clínica Psiquiátrica 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”.³⁹⁶

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 a los exámenes de Higiene y Medicina Legal. Sin embargo, 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.³⁹⁷

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. Puppo y Murguía -ambos estudiantes de Medicina en la década del veinte y alumnos de varios de los discípulos de Etchepare- recuerdan en qué consistían los estudios clínicos realizados por los estudiantes:

*El estudiante refería la historia clínica, destacando los síntomas importantes, describía posibilidades diagnósticas, señalaba un posible pronóstico y ordenaba el tratamiento. Tras la apariencia formal de esa presentación tenía vigencia un intercambio coloquial, cálido y humano, que acercaba conocimientos a través del puente emocional del diálogo intercambiado entre el profesor y su alumno*³⁹⁸.

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 importante 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 a nivel regional y montaron un sistema de vínculos y redes académicas que se plasmaron en intercambios, en la publicación en revistas

³⁹⁶ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 2 de setiembre a 10 de diciembre de 1910, fs. 24, 25.

³⁹⁷ Universidad de la República, *Memoria Universitaria correspondiente a los años 1909-1914*, pp. 262-264.

³⁹⁸ Puppo, Murguía, art., cit., pp. 184, 185.

argentinas, brasileras y chilenas³⁹⁹ y en la participación en los congresos científicos latinoamericanos y panamericanos organizados por distintas sociedades científicas del continente.⁴⁰⁰ 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.⁴⁰¹ 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 todo el mundo. Entre ellos se destacan varios tomos de los *Annales Médico-Psychologiques. Journal de L'Aliénation Mentales et de la Médecine Legale des Aliénés*,⁴⁰² una de las publicaciones psiquiátricas más prestigiosas de la época, o la colección bibliográfica reunida en la *Bibliothèque International de Psychologie Expérimentale Normale et Pathologique*.

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 formación 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

³⁹⁹ “Importante revista. Editada en la capital vecina acaba de aparecer la importante revista *Archivos de Criminología* redactada por los doctores J. M. Ramos Mejía (argentino), F. de Veyga (argentino), F. Puga Borne (chileno), A. Giribaldi (uruguayo), D. Cabred (argentino), Nina Rodríguez (brasileño), bajo la dirección del doctor J. Ingenieros Jefe de las Clínicas de Medicina Legal y Neuropatología de la Universidad de Buenos Aires. Figura también como redactor político el doctor Pietro Gori. La revista referida aparece el diez de cada mes y el número correspondiente a Enero viene lleno de material interesante, estando llamada a ser una de las publicaciones más importantes de actualidad.” *El Día*, 27 de enero de 1902, p. 2. La revista contaba además con traducciones de textos europeos y, como señala Jorge Salessi, se difundió entre los círculos médicos europeos. Salessi, o. cit., p. 172.

⁴⁰⁰ Véase la cobertura especial de *La Tribuna Popular* y la revista *Rojo y Blanco*, sobre el congreso científico latinoamericano de 1901 (*La Tribuna Popular*, 28 de marzo de 1901, p. 2; *Rojo y Blanco*, 31 de marzo de 1901, año II, n° 14); *Segunda Reunión del Congreso Científico Latino Americano celebrada en Montevideo del 20 al 31 de marzo de 1901*, Montevideo, Tipográfica y Encuadernación Al Libro Inglés, 1901, vol. I; *Segunda Reunión del Congreso Científico Latino Americano celebrada en Montevideo del 20 al 31 de marzo de 1901. Trabajos de la VI Sección (Ciencias Médicas)*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1903, vol. II; *Tercera 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*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1909; AGN, Historia de la Administración, IV Congreso Médico Latinoamericano. Río de Janeiro, 18 de agosto de 1909, Comité de Propaganda, Archivo Febrero de 1908 a 23 de julio de 1909, paquete 5120: “Nómina de los profesionales designados por este ‘Comité de Propaganda’ como relatores de los temas que a continuación se expresan, fijados en el programa del Congreso. Dr. Bernardo Etchepare, ‘Asistencia de los alienados’ y ‘Histeria y síndrome histeroides’ [sic], Dr. Sebastián Rodríguez, ‘Educación Médico-pedagógica de los deficientes’, Dr. Juan Aranguren, ‘Estado actual de la cuestión de las afasias’, Dr. Eduardo Lamas, ‘Psicastenias y neurastenias’, Dr. Rafael Rodríguez, ‘Psicosis alcohólicas’, ‘Psicosis infecciosas’, Dr. Elías Regules, ‘Responsabilidad de los criminales pasionales’, ‘Capacidad civil de los afásicos’.

⁴⁰¹ La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay se fundó el 8 de noviembre de 1923.

⁴⁰² La revista contaba además con una sección dedicada a la reseña y el comentario de las principales publicaciones europeas y estadounidenses y un boletín bibliográfico.

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 *savants* bonaerenses y los espacios de circulación de ideas dan cuenta de un estrecho margen de relación entre las teorías imperantes a nivel mundial, a las que no tenemos que ver 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-Etienne 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 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-Marie 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.⁴⁰³ 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 refiera 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*

⁴⁰³ Porter, o. cit., 135.

tienen fundamento alguno sólido".⁴⁰⁴ No sabemos si la reflexión del médico era en relación con el medio local —parece poco probable— o con los avances del alienismo a nivel mundial y en relación con su país, considerado la cuna de los avances en la clínica psiquiátrica. En todo caso, son ilustrativas para cuestionar a 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*".⁴⁰⁵ De hecho, en la interpretación del francés aún primaban las causas de tipo moral que caracterizaron al pensamiento psiquiátrico mundial, y por ende al incipiente uruguayo, en la segunda mitad del siglo XIX (incluso uno de los capítulos relativos a la higiene esta 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.*⁴⁰⁶

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*".⁴⁰⁷ 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, al que Brunel defendió, así como a la actuación de las religiosas en este. La reclusión era una forma de socorrer a los enfermos "*en la más afligente de las enfermedades humanas*" y de "*preservar a la sociedad de los desórdenes que pueda cometer un individuo que tenga estraviada 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*".⁴⁰⁸ Con esto condensaba una de las principales ideas que caracterizaron a 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*".⁴⁰⁹

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 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.

⁴⁰⁴ Brunel, o. cit., p. 284.

⁴⁰⁵ *Ibidem*, p. 284.

⁴⁰⁶ *Ibidem*, p. 285.

⁴⁰⁷ *Ídem*.

⁴⁰⁸ *Ibidem*, p. 287.

⁴⁰⁹ *Ibidem*, p. 331

En 1850 el francés Philippe Joseph Buchez, acuñó el término *degeneración* para referirse a la transmisión hereditaria de los elementos genéticos mórbidos. El concepto de degeneración ganó trascendencia científica gracias a Benedict Morel quien planteó, en su *Tratado sobre la degeneración física y moral* de 1857, las consecuencias de lo que llamó “degeneración 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 otro galeno francés, Prosper Lucas, quien planteó su tesis sobre 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.*⁴¹⁰

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.*⁴¹¹

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 paráliticos) y los que mostraban patologías como consecuencia de la degeneración adquirida a pesar de mostrar cierta propensión a la patología. Allí entrarían los maniáticos, por ejemplo.

⁴¹⁰ Benedict 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 *Scientiae Studia*, San Pablo, vol. VII, n.º 3, p. 433.

⁴¹¹ Benedict 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.

Hasta entonces, quienes integraban el primer grupo no eran internados en las instituciones asilares, pero Morel insistió en que todos eran enfermos mentales y 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.⁴¹²

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 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.

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*”.⁴¹³ 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

⁴¹² Benedict Morel, *Tratado de degeneración de la especie humana*, 1857, p. 695, citado en Caponi, art., cit., p. 441.

⁴¹³ Yvette Trochon, *Las mercenarias del amor. Prostitución y modernidad en el Uruguay (1880-1932)*, Montevideo, Taurus, 2003, 2.^a ed., p. 269.

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 superior, 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 Legnani⁴¹⁴ planteó 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*”.⁴¹⁵ 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.⁴¹⁶

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.

La degeneración era un fenómeno acumulativo que se transmitía de generación en generación y 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 otras, que explicaban la situación del paciente pero también afectaban a toda la sociedad.⁴¹⁷ 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*

⁴¹⁴ Médico higienista, fue diputado y senador del batllismo dentro del Partido Colorado en representación del departamento de Canelones. En su labor parlamentaria participó activamente en la elaboración de propuestas legales relacionadas a la salud pública (de la mayoría de sus proyectos hasta 1922 da cuenta la compilación titulada *Proyectos de higiene*, Montevideo, Imprenta J. Mercant, 1922, 2 volúmenes).

⁴¹⁵ Mateo Legnani, *Catecismo de higiene*, Montevideo, Imprenta Artística Dornaleche, 1917, p. 106.

⁴¹⁶ Sapriza, o. cit., p. 41.

⁴¹⁷ Sostiene Foucault que “*la herencia fue una manera determinada de dar cuerpo a la enfermedad en el momento mismo en que no se la puede situar en el plano del cuerpo individual; entonces se inventa, se recorta una suerte de gran cuerpo fantasmático que es el de una familia afectada por un montón de enfermedades: enfermedades orgánicas, enfermedades no orgánicas, enfermedades constitucionales, enfermedades accidentales, no importa, pues si se transmiten significa que tienen un soporte material y, al tenerlo, se llega al sustrato orgánico de la locura, un sustrato orgánico que no es el sustrato individual de la anatomía patológica*”. Foucault, *El poder psiquiátrico*, p. 311.

Mind, donde planteó la predisposición hereditaria como una de las causas fundamentales para entender los trastornos psiquiátricos.⁴¹⁸ 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 atribuyó a la degeneración un desequilibrio entre los centros inferiores y superiores del cerebro.⁴¹⁹ 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 supraterebral, 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 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*”.⁴²⁰ 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*”.⁴²¹ Al decir de Foucault, la degeneración fue “*la gran pieza teórica de la medicalización del anormal*” y brindó a la Psiquiatría la posibilidad de

⁴¹⁸ Las obras de Maudsley, editadas en francés, se encuentran entre los textos de la biblioteca que perteneció al Manicomio.

⁴¹⁹ Porter., o. cit., p. 145.

⁴²⁰ Ferro, o. cit., p. 22.

⁴²¹ *Ibidem*, p. 189.

“referir cualquier desviación, diferencia, retraso, a un estado de degeneración” y permitió su “injerencia indefinida en los comportamientos humanos”.⁴²²

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”.⁴²³ 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.⁴²⁴

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 del cerebro”, que se combinaba con las llamadas “causas morales”.⁴²⁵ Desde sus orígenes, los médicos locales mostraron un fuerte interés por las causas físicas pero sin un determinismo biológico radical.⁴²⁶ Estas posiciones reafirmaron también 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”.⁴²⁷ De hecho, los intentos por visualizar los trastornos psiquiátricos a través de lesiones cerebrales no produjeron bases anatómo-patológicas relevantes.⁴²⁸ De la mano del degeneracionismo una visión organicista fue ganando terreno, pero nunca desconoció las causas morales. Podríamos pensar que el tardío aggiornamiento 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 sobre la herencia y la evolución de las especies y los aportes de las primeras leyes de la herencia y la hibridación propuesta por el religioso austriaco Gregor Mendel en 1865.⁴²⁹ La combinación de ambas posiciones originó el llamado

⁴²² Foucault, *Los anormales*, p. 293.

⁴²³ Brunel, o. cit., p. 174.

⁴²⁴ Ricardo Campos Marín sostiene que en España los alienistas solo circunscribieron la teoría de la degeneración a los aspectos clínicos y a la contemplación constitucional del individuo observado. Ricardo Marín Campos, “La teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en la España de la Restauración”, en *Dynamis*, Madrid, 1999, vol. XIX, p. 435 y p. 447.

⁴²⁵ Julio Jürkowski, “El cerebro”, en *Revista Científico-literaria*, Montevideo, 11 de marzo de 1877, n.º 7 y 8, p. 166 y p. 201.

⁴²⁶ Otro ejemplo: Juan Alzamora, *Bases del diagnóstico. Tesis para optar al grado de doctor en Medicina*, Montevideo, 1884.

⁴²⁷ Diego Pérez, “La enajenación mental y el suicidio”, en *Revista científica de Medicina y Ciencias*, Montevideo, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1888, tomo primero, 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.

⁴²⁸ Tampoco hubo ningún tipo de consideración sobre los componentes del cerebro, las funciones sinápticas, los neurotransmisores, las enzimas, etcétera.

⁴²⁹ 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 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, *Espiritualismo y positivismo*, pp. 108, 109.

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.⁴³⁰ 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 el palpaje de lo externo), la teoría de la degeneración y, la más decisiva, el lombrosismo, así llamada 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, que 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 Lavater⁴³¹— 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.⁴³²

Como “criminales natos”, y tal como veremos en el cuarto capítulo, 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 o la expulsión, la reclusión, la formación de escuelas especiales, o 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”.⁴³³

Dos discípulos de Lombroso, el sociólogo y criminólogo Enrico Ferri⁴³⁴ y el jurista Raffaele Garófalo⁴³⁵ replantearon la cuestión criminal como un fenómeno sociológico e histórico al negar la dimensión antropológica y biológica sostenida por su

⁴³⁰ 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, “Valentín Magnan y la teoría de la degeneración”, en *Revista de la Asociación Española de NeuroPsiquiatría*, vol. v, n.º 14, 1985, p. 361. Sobre la difusión del darwinismo social en América Latina véase Waldo Ansaldi, Patricia Funes, “Patologías y rechazos. El racismo como factor constitutivo de la legitimidad política del orden oligárquico y la cultura política latinoamericana”, en *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, Ciudad de México, vol. 1, n.º 2, setiembre-diciembre de 1994, pp. 193-229; Ernesto Bohoslavsky, Daniel Lvovich, “Elitismo, violencia y degeneración física en los diagnósticos de las derechas argentina y chilena (1880-1945)”, en *Nuevo Mundo/Mundos Nuevos*, <http://nuevomundo.revues.org/57777>

⁴³¹ En su trabajo *Essays on physiognomy* de 1785, Lavater decía: “*Virtue beautifies, vice deforms*” (“La virtud embellece, el vicio deforma”), frase utilizada por los “lombrosianos” para buscar rasgos y signos de aberraciones y monstruosidades. Ferro, o. cit., pp. 151, 152.

⁴³² *Ibidem*, p. 51.

⁴³³ Foucault, *Vigilar y castigar*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009, 2.ª ed., p. 28.

⁴³⁴ Su obra *Sociología Criminal* data de 1884. 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.

⁴³⁵ Su obra *Estudios recientes sobre la penalidad* se editó por primera vez en 1880 y su obra más relevante *Criminología* en 1885.

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 planteó 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.⁴³⁶

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 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, donde 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.⁴³⁷ En 1895, junto a su discípulo Paul Legrain, Magnan, en un libro titulado *Les dégénéérés (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 podían dividir en morales (retraso intelectual o afectivo, inadaptación social) y físicos (atrofias, hipertrofias, distrofias); 3) los degenerados presentaban un desequilibrio entre las diferentes funciones orgánicas; y 4) los degenerados no necesariamente tenían que ser crónicos, sino que podían adolecer de síndromes episódicos que dividieron en obsesiones, impulsiones y accesos delirantes.⁴³⁸ 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

⁴³⁶ Michel Foucault, “Los anormales”, en *La vida...*, p. 62.

⁴³⁷ Huertas García-Alejo, art., cit., p. 362.

⁴³⁸ *Ibidem*, p. 363.

*abastardamiento del tipo. La degeneración es, pues, un estado patológico y no un estado regresivo, una anomalía reversiva como la comprenden ciertos autores.*⁴³⁹

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 fisicocerebral, 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*”. Por un lado, “*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 inconsciente 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*”.⁴⁴⁰ 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 se él se requiere.*⁴⁴¹

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.⁴⁴² 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 también 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*

⁴³⁹ *Les Dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, París, 1895, cit. por Huertas García-Alejo, art., cit., p. 364.

⁴⁴⁰ Castro, tomo 1436, cit., fs. 438, 439.

⁴⁴¹ *Ibidem*, fs. 440, 441.

⁴⁴² En 1882, al inaugurar la Cátedra de Filosofía en la Facultad de Derecho, Prudencio Vázquez y Vega sostenía que la “*sicología*” [sic] se encargaba del estudio del “*alma*” y de “*todos los fenómenos de actividad interna y que solo se perciben por la conciencia*”, entre los que incluía “*los instintos, la locura, el lenguaje, el sonambulismo, el sueño y otros fenómenos análogos*”, “*el estudio del organismo físico, en general, y con especialidad el de la estructura y funciones del sistema nervioso.*” También sostuvo que “*la mayoría de los fenómenos anímicos no tienen un fenómeno físico propio, fatal y perceptible que los revele por el análisis objetivo*”. No obstante, Vázquez y Vega no descartaba el análisis físico de los enfermos psiquiátricos. *Anales del Ateneo*, Montevideo, 5 de mayo de 1882, año I, tomo II, n.º 9, pp. 187 y 192. Sobre la disputa entre los bandos espiritualista y positivista, y sobre la polémica entre Vázquez y Vega y Julio Jürkowski, véase Ardao, *Espiritualismo y positivismo*, o. cit.

también”,⁴⁴³ ¿ocultaba un prejujuamiento del profesional? Si bien resulta difícil responder a esta interrogante, podríamos pensar que en ocasiones esa relación tan estrecha entre 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 de ochenta de siglo XIX, en un artículo publicado 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.*⁴⁴⁴

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”.⁴⁴⁵ 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.”⁴⁴⁶ Entrado el siglo XX se continuó señalando el carácter de consanguíneos de los internos: A. C., uruguayo 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”.⁴⁴⁷

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 impedientes o dirimentes”.⁴⁴⁸ En 1902 la revista *Vida Moderna* reseñó el texto del médico italiano Angelo Zucarelli, publicado en enero de ese año en la revista bonaerense *Archivos de*

⁴⁴³ Referencia a la historia clínica de D. R. de veinte 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.

⁴⁴⁴ Pérez, “La enajenación mental y el suicidio”, p. 76.

⁴⁴⁵ Hormaeche, *La herencia*, p. 15.

⁴⁴⁶ Enrique de Parville, “Matrimonios consanguíneos”, en *Boletín Jurídico-Administrativo. Revista Hebdomadaria Enciclopédica*, 5 de agosto de 1877, Montevideo, año III, tomo III, n.º 114, p. 533.

⁴⁴⁷ Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 24.

⁴⁴⁸ Manuel Adolfo Olachéa, “Necesidad de la intervención de médicos en la confección de las leyes. Crítica del Código Civil relativa al matrimonio”, *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, Montevideo, 15 de noviembre de 1882, año II, tomo I, n.º 14, p. 450. El artículo 142 del *Código Civil* impedía la unión matrimonial de personas con “incapacidad mental”.

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”.⁴⁴⁹

También había un sesudo análisis de las características físicas que se acentuaban al fallecer el paciente. Veamos la descripción que realizó Bernardo Etchepare del cerebro de un sifilítico que había muerto demenciado:

*El sistema nervioso estudiado era verdaderamente anómalo. Las necesidades de la Sala de Disección no permitieron examinar el resto del organismo, pero de todos modos, este estudio delata un tipo antropológico desviado del tipo normal. Esta observación tiene algún valor; creo, por cuanto las anomalías del sistema nervioso no han sido detenidamente estudiadas en los alienados. A esto debería reducirse esta comunicación, porque no poseo una historia clínica del propietario en vida de este sistema nervioso. Pero, observando las lesiones enormes que presentó por el hecho de su infección sifilítica, no resisto al deseo de investigar el porqué de su existencia.*⁴⁵⁰

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 delinearon 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 relacionadas con el tratamiento de los enfermos psiquiátricos.⁴⁵¹

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,

⁴⁴⁹ Angelo Zucarelli, “Necesidad y medios de impedir la reproducción de degenerados”, en *Vida Moderna*, Montevideo, abril de 1902, año II, vol. VI, pp. 280, 281.

⁴⁵⁰ Bernardo Etchepare, “Anomalías del sistema nervioso en un alienado; Sífilis cerebral”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1905, vol. VIII, p. 67.

⁴⁵¹ Seguimos aquí algunas de las consideraciones en Salvatore, art., cit., pp. 89-114.

*reproduciéndose en la prole los mismos caracteres e inclinaciones existentes en los padres.*⁴⁵²

Una posición similar marcó *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración* al sostener que “los padres enfermos engendran hijos enfermizos que no pueden perpetuar una raza fuerte, mueren como las plantas que sucumben antes de haber florecido y dado su semilla” y, a tono con el darwinismo social, “en la tierra permanece la herencia de los fuertes”.⁴⁵³ También José P. Colombi, en su tesis para optar 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”.⁴⁵⁴ 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”.⁴⁵⁵ La preocupación del abogado era la relación entre herencia y criminalidad que, como veremos más adelante, descartaba.

Una posición similar mantuvieron quienes dirigían las instituciones penales. Alfredo Giribaldi, médico de los establecimientos penitenciarios, también 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” así como “los psíquicos y así se transmiten de padres a hijos las disposiciones intelectuales, las modalidades del carácter y hasta las tendencias”.⁴⁵⁶ 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” y provocaba “la esterilidad y la extinción completa de la familia así marcada, en la quinta y aún en la cuarta generación”.⁴⁵⁷ Aunque advertía que “desgraciadamente tenemos que confesar que tan vago es degeneración como locura, y que poco hemos ganado con el cambio de términos”,⁴⁵⁸ del mismo modo que preguntaba “¿es realmente la herencia la causa esencial de los trastornos mentales entre nosotros? Yo me permito dudar”.⁴⁵⁹

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 sostenía a comienzos del siglo XX la inconveniencia de utilizar la expresión *degenerado*, porque consideraba que no significaba

⁴⁵² Ylla, o. cit., pp. 84, 85.

⁴⁵³ “¿Los tísicos pueden casarse?”, en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, Montevideo, 31 de marzo de 1898, año IV, n.º 14, p. 216.

⁴⁵⁴ José P. Colombi, o. cit., p. 23.

⁴⁵⁵ *Ibidem*, p. 31.

⁴⁵⁶ Alfredo Giribaldi, *El régimen penitenciario en Montevideo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1901, pp. 94, 95.

⁴⁵⁷ *Ibidem*, p. 97.

⁴⁵⁸ *Ibidem*, p. 95.

⁴⁵⁹ *Ibidem*, p. 97.

*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”.*⁴⁶⁰

Probablemente, el psiquiatra buscaba definir de forma más precisa las distintas manifestaciones psiquiátricas. Al mismo tiempo, era una forma de 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.⁴⁶¹

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.⁴⁶² 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 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 Morquio, uno de los primeros pediatras de la historia del Uruguay, analizó de este modo la afasia de un niño de tres 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*

⁴⁶⁰ Bernardo Etchepare, “Los débiles mentales”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1914, vol. XVI, pp. 266, 267. En 1913 Etchepare publicó también un libro del mismo título cuyos capítulos se incorporaron a distintos tomos de la *Revista Médica*. Bernardo Etchepare, *Los débiles mentales*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1913.

⁴⁶¹ 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*, Montevideo, n.º 3, p. 136. Barrán señaló que la primera referencia a Freud databa de 1913. Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 46.

⁴⁶² 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 (Foucault, *El poder psiquiátrico*, p. 164). Por el contrario, en el caso local, los médicos incorporaron rápidamente las ideas freudianas a las que combinaron con interpretaciones propias de las corrientes psiquiátricas convencionales. Sin embargo, el fenómeno de expansión del psicoanálisis tuvo lugar recién en la segunda década del siglo XX.

temperamento excesivamente impresionable”; “*el niño que ha heredado esa hiperexcitabilidad*”), a lo que se agrega un aspecto moral (“*es además, vicioso, se le ha enseñado a fumar*”).⁴⁶³ La combinación de esos tres elementos provocó según el médico “*la predisposición neuropática del niño, por sus antecedentes propios y hereditarios*”.⁴⁶⁴ 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.⁴⁶⁵

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 neuro y psicopatías*”.⁴⁶⁶ 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*”.⁴⁶⁷

Conclusiones

En este capítulo analizamos, como complemento de la primera sección, las transformaciones que impulsaron los médicos locales –o extranjeros que actuaron en Uruguay– en el campo científico que conformaron. Tal evolución se acompañó de la inserción en redes científicas regionales e internacionales, en la participación en publicaciones, en su creciente influencia en la implementación de algunas medidas hospitalarias y concluyó con la creación de la Cátedra de Psiquiatría, punto de partida en la formación de especialistas y hecho que pone fin a lo que hemos denominado “período pre-universitario”. No obstante, el proceso de constitución de un cuerpo médico, en todas sus etapas, no fue en absoluto uniforme y quedó librado a distintas situaciones coyunturales (el enfrentamiento de la Facultad de Medicina con el Poder Ejecutivo, disputas entre los propios médicos).

Intentamos inscribir a esos primero psiquiatras, o médicos con formación en otras disciplinas pero que se especializaron en Psiquiatría, dentro de corrientes científicas más generales y que gozaron de mucha influencia durante el período, con intención de contextualizar la nosografía elaborada por los médicos locales, que 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 responsabilidad en 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

⁴⁶³ Luis Morquio, “Un caso de afasia psíquica en un niño de tres años”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1898, vol. I, p. 143.

⁴⁶⁴ *Ibidem*, p. 150.

⁴⁶⁵ Bernardo Etchepare, “Educación de los niños nerviosos [trabajo presentado al II Congreso Científico Panamericano, Washington, el 3 de enero de 1916]”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1916, vol. XIX, p. 208.

⁴⁶⁶ *Ibidem*, p. 211.

⁴⁶⁷ Santín Carlos Rossi, “Régimen de convalecencia de los alienados”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1916, vol. XIX, pp. 622, 623.

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.⁴⁶⁸ 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, 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*”.⁴⁶⁹

⁴⁶⁸ Ibidem, p. 623.

⁴⁶⁹ Rossi, *El alienado...*, p. 22.

Capítulo 4

La definición y las causas de las enfermedades mentales

Introducción

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 adaptaron 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 referiremos algunos rasgos de la sintomatología y de las 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.⁴⁷⁰ De los 36 hombres internados que

⁴⁷⁰ Una definición menos precisa todavía que la de Brunel fue la de los *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*, enero de 1854, primer año, tomo 1.º, n.º 2, 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*, 29 de julio de 1877,

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”.⁴⁷¹ 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, donde los enfermos solo estaban divididos por sexos en “loquerías” 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.*⁴⁷²

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.

Elaborar series sobre las patologías de los internos atraviesa las mismas dificultades para trabajar con datos generales de los pacientes del asilo y manicomio. 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 (con la ya señalada complejidad que ello implica). 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 *delirio ambicioso* y 1 *vago*.⁴⁷³ Entre las mujeres, habían ingresado en 1878, 14 mujeres atacadas por *estupor*, 2 por *melancolía*, 3 por *delirio crónico*, 39 *maniáticas* (*puerperal* —posparto—, *lipemania*, *hísticas*, *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*.⁴⁷⁴

En la década del ochenta del siglo XIX Canaveris insistía en las dificultades generadas por la ausencia de clasificación de los enfermos psiquiátricos y de distribución en pabellones por patología.⁴⁷⁵ Lo mismo planteó el estudiante de Medicina Andrés Crovetto en su tesis de 1884, aunque no las atribuyó a la falta de una clasificación o al desconocimiento sobre las patologías sino al aumento del número de

año I, n.º 25, p. 220.

⁴⁷¹ Brunel, o. cit., p. 292.

⁴⁷² Brunel, o. cit., pp. 290, 291.

⁴⁷³ *Memoria de la Comisión de Caridad*, cit., 1879.

⁴⁷⁴ *Ibidem*.

⁴⁷⁵ Canaveris, “Memoria...”, cit., p. 306.

internos y a las características del edificio manicomial que impedían dividir a los pacientes o contar con salas de observación.⁴⁷⁶

Pese a que parece 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*”.⁴⁷⁷ También es frecuente encontrar en las hojas de ingreso categorías poco específicas como “*pobreza de espíritu*”, probablemente un cuadro depresivo, que se diagnóstico a M. F., italiana de 33 años e internada el 19 de febrero de 1894.⁴⁷⁸

A fines de la década del noventa del siglo XIX 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 diez tipos, que se representan en el siguiente cuadro:

Grupos vesánicos	Por cada cien asistidos, ¿cuántos de cada grupo?	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
Idiocia e imbecilidad	7.91	51.51	48.48

Fuente: Joaquín Canabal, *Estadística sanitaria del Uruguay 1887-1896*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1899, cuadro n.º 84.

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* contaba con una sección dedicada a analizar la evolución de los distintos síntomas y su clasificación. Es probable que los médicos uruguayos tomaran como referencia las discusiones de sus colegas franceses. Entrado el siglo XX, los médicos avanzaron cada vez más sobre las causas y las características de cada enfermedad, aunque siempre estuvieron presentes las causas morales que llevaban a la manía de una mujer por un desencuentro amoroso, tal como veremos más adelante.

⁴⁷⁶ Crovetto, o. cit., 24.

⁴⁷⁷ Castro, tomo 1436, cit., f. 339.

⁴⁷⁸ Hospital Vilardebó, *Libro de Ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, f. 33.

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 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 que también en Europa la clasificación sobre los distintos estados patológicos estaba en constante revisión.⁴⁷⁹ Mientras que hacia fines del siglo Legrain y Magnan advirtieron que “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”.⁴⁸⁰ Sin embargo, hecha esta salvedad, podemos establecer un listado de enfermedades posibles, siguiendo sobre todo las consideraciones de Bernardo 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.⁴⁸¹

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 causal suficiente 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” como una psicopatología, también se incorporó el estadio vital de la niñez a la labor de los psiquiatras.⁴⁸² Los higienistas y educadores positivistas tampoco escaparon a esa visión que se combinó con la idea sobre el 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”:

⁴⁷⁹ Huertas García-Alejo, art., cit., p. 362.

⁴⁸⁰ Citado en Huertas García-Alejo, art., cit., p. 366.

⁴⁸¹ En la biblioteca del manicomio había un ejemplar del texto del español José Saenz y Criado, que dividía las enfermedades psiquiátricas del mismo modo que Etchepare, por lo que no sería de extrañar que el médico uruguayo siguiera la bibliografía que tenía a disposición. El profesional ibérico era, también, degeneracionista y partidario de la frenología. José Saenz y Criado, *Elementos de Medicina Legal y toxicología. Escritos con arreglo a las explicaciones de D. Teodoro Yañez, 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 Saenz y Criado, Médico del Registro Civil, Madrid, Imprenta de Enrique Rubiños, 1884.*

⁴⁸² 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, *El poder psiquiátrico*, pp. 230, 231.

*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 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?*⁴⁸³

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 entonces se llamaban “idiocias” o “imbecilidad”. Estos casos, sobre todo niños, no eran “locos” pero 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 y que fue publicado por la *Revista Médica* 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*”,⁴⁸⁴ a todas luces un resabio de la idea más cara a 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

⁴⁸³ Medicina 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 y Obstetricia, especialista en las enfermedades de los niños*, Montevideo, Imprenta a Gas La Hormiga, 1892, pp. 385, 386.

⁴⁸⁴ Bernardo Etchepare, “Los débiles mentales”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1913, vol. xv, p. 191.

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 todo el mundo de un campo que contaba con algunos síntomas no siempre evidentes para definir, por ejemplo, la histeria, pero mostraba posiciones divergentes frente a otros cuadros. Con relación 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. Idiotéz completa, idiotéz 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 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.*⁴⁸⁵

La opción por referirse a distintas enfermedades que marcaban un *retardo* intelectual como “*debilidad mental*”, siguiendo a 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 idiotéz, 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 “idiotéz”, al escalón inferior, presenta para el empleo corriente y general un sentido menos injusto y denigrante.*⁴⁸⁶

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

⁴⁸⁵ Bernardo Etchepare, “Los débiles mentales”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1914, vol. XVI, p. 266.

⁴⁸⁶ Ídem.

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*”, y que “*permanecen indiferentes o insensibles a la acción de las temperaturas algo elevadas o muy bajas*”, e incluso son capaces de desarrollar “*una pneumonía mortal o una meningitis supurada, sin determinar un dolor, un solo grito, y cuya existencia solo se ha comprobado por la autopsia*”.⁴⁸⁷ 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*”.⁴⁸⁸ En cuanto a la falta de sensibilidad moral, siempre siguiendo 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. 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*”.⁴⁸⁹ 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*”.⁴⁹⁰

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

⁴⁸⁷ *Ibidem*, p. 267.

⁴⁸⁸ *Ibidem*, p. 268.

⁴⁸⁹ Sebastián B. Rodríguez, “Educación médico-pedagógica de los retardados”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1910, vol. XIII, p. 49.

⁴⁹⁰ Etchepare, “Educación de los niños...”, *cit.*, p. 218.

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*”.⁴⁹¹ 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*”.⁴⁹² 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*”.⁴⁹³

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. “*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*”.⁴⁹⁴ En ese sentido, los retrasados mentales, al rebelarse “*contra toda*

⁴⁹¹ Etchepare, “Los débiles mentales”, cit., 1914, p. 275.

⁴⁹² *Ibidem*, p. 279.

⁴⁹³ *Ibidem*, p. 281.

⁴⁹⁴ *Ibidem*, p. 282.

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, convencer a los retrasados 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*”.⁴⁹⁵ 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*”.⁴⁹⁶ 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*

⁴⁹⁵ Ibidem, p. 285.

⁴⁹⁶ Ibidem, p. 286.

ligero consintiendo el deseo continuo de cambiar de sitio para cambiar de ocupación y el grado más elevado por la vagancia".⁴⁹⁷

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 planteos de Morel adolecían de algunos problemas, porque proponía una ley "*demasiado absoluta en todos sus términos*" y "*la*

⁴⁹⁷ Bernardo Etchepare, "Los débiles mentales", en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1915, vol. XVII, p. 328.

degeneración progresiva por acumulación de herencia patológica no es siempre posible”, ya que podía haber —como había—, débiles mentales en “*una sola generación*”.⁴⁹⁸ No obstante, sí dio relevancia al terreno familiar neuropático, aunque sin desconocer que no había necesidad de una acumulación de herencia anormal para producir la debilidad mental.

Entre las causas hereditarias destacó “*la edad avanzada de uno o de los dos padres*”, el rango del niño en la descendencia ya que “*según el doctor Ley, de Bruselas, más de 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*

⁴⁹⁸ *Ibidem*, pp. 321, 322.

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*".⁴⁹⁹

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, y

⁴⁹⁹ Ídem.

constituir un obstáculo para el desarrollo e iniciar “*un proceso degenerativo*”.⁵⁰⁰ El médico relacionó “*la inferioridad mental*” con la “*inferioridad física*”. Dentro de las enfermedades infecciosas posibles se encontraban los procesos meníngeos, fiebre tifoidea, sífilis, sarampión, tos convulsa, reumatismo agudo, osteomielitis, poliomiелitis, 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 parte de ella. La “*plagiocefalia (asimetría de las dos mitades laterales del cráneo)* representa un verdadero signo patológico porque es el

⁵⁰⁰ Ídem.

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 (*ultrabraquicefalia y ultradolicocefalia*), mientras que la simple predominancia del diámetro antero posterior sobre el diámetro transversal o viceversa, no tiene ningún valor".⁵⁰¹ Posición similar defendió Américo Ricaldoni⁵⁰², al sostener que "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".⁵⁰³ Ese contraste, como veremos, distinguía al 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 alimentación 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".⁵⁰⁴

Etchepare y Ricaldoni incorporaron a la epilepsia como una de 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 por 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".⁵⁰⁵ En ese sentido, no era estrictamente una enfermedad mental pura, sino que algunas de sus manifestaciones podían derivar en cuadros neuropsíquicos.

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.⁵⁰⁶

Podemos atribuir 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

⁵⁰¹ *Ibidem*, pp. 334, 335.

⁵⁰² Montevideo, 1867-1928, se desempeñó como profesor de Clínica Médica y fue decano de la Facultad de Medicina. Datos tomados de Fernando Herrera Ramos, Rubén Gorlero Bacigalupi, "Américo Ricaldoni", en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. I, pp. 36-39.

⁵⁰³ "Dr. Américo Ricaldoni. Paraplejías espasmódicas y Enfermedad de Little. Lección clínica recogida por el interno D[omingo] Prat.", en *Revista de los hospitales*, Montevideo, octubre de 1908, año I, n.º 4, p. 107.

⁵⁰⁴ Etchepare, "Los débiles mentales", cit., 1915, pp. 338, 339.

⁵⁰⁵ *Ibidem*, p. 344.

⁵⁰⁶ Porter, o. cit., p. 26.

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 ya que *“los desórdenes intelectuales de la epilepsia”* se manifestaba sobre todo en los ataques que aquejaban al enfermo los que conducían *“poco a poco 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 como 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”*.⁵⁰⁷

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”*.⁵⁰⁸ 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 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.*⁵⁰⁹

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”*.⁵¹⁰ 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”*.⁵¹¹

Hasta la década del noventa del siglo XIX los epilépticos no eran enviados solamente al manicomio, sino que aquellos que no eran considerados peligrosos también tenían como destino el Asilo de Mendigos. En 1896, los médicos Juan Héguy 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 por lo general de mania impulsiva, en cuyo caso se tornan peligrosos, y requieren suma vigilancia y la aplicación de medios represivos”*.⁵¹²

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

⁵⁰⁷ Brunel, o. cit., p. 295.

⁵⁰⁸ *Ibidem*, p. 301.

⁵⁰⁹ *Ibidem*, p. 302.

⁵¹⁰ *Ibidem*, p. 307.

⁵¹¹ *Ibidem*, pp. 314, 315.

⁵¹² AGN-CNCBP, Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, fs. 173, 174.

epilépticos “porque se trata de una psicosis bien definida que tiene su tratamiento especial y porque estos enfermos son los que poseen al maximum el don de la excitabilidad y la vista de un agitado produce en ellos frecuentemente ataques terribles”.⁵¹³ 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”.⁵¹⁴ 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”.⁵¹⁵ 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”.⁵¹⁶

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.⁵¹⁷

Etchepare planteó que una de las causas de la epilepsia podía ser el “alcoholismo crónico” de uno de los progenitores.⁵¹⁸ En ese sentido, la epilepsia podía llegar a ser hereditaria, aunque también adquirida como sostenía el penalista Lorenzo Vicens Thievenet, en un trabajo de claro sesgo lombrosiano donde relacionó el crimen con la epilepsia.⁵¹⁹

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 las primeras.

Parálisis

En 1822, Antonie 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 a esta enfermedad con causas neurológicas que provocaban parálisis, pero también estados eufóricos. El análisis en pacientes sífilíticos fue clave en el desarrollo de la anatomía patológica y en

⁵¹³ *El Tiempo*, 1.º de marzo de 1908, p. 1.

⁵¹⁴ Rossi, *El alienado...*, p. 50.

⁵¹⁵ Ídem.

⁵¹⁶ *Ibidem*, p. 51.

⁵¹⁷ Ídem.

⁵¹⁸ Etchepare, “Los débiles mentales”, cit., 1915, p. 321.

⁵¹⁹ “[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.” Thievenet, o. cit., pp. 25, 26.

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*”.⁵²⁰ La causa más común de la parálisis, como había demostrado Magnan, era la encefalitis generalizada por infección que, en muchos casos, se debía a atroñas 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.⁵²¹ 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 por lo general 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. Según Bernardo Etchepare, esto era consecuencia de la “*menor voluntad*”, de las “*condiciones de pasividad*” que aquejaban a la mujer por sobre el hombre.⁵²² Era frecuente que las historias clínicas presentadas por los médicos trataran casos protagonizados por mujeres. Podríamos cuestionar si había un interés deliberado de los médicos por presentar esa relación entre la parálisis degenerativa y la menor voluntad vital atribuida a la mujer o si, por el contrario, y a tono con otros casos expuestos, buscaban mostrar historias femeninas, ya que las consideraban fundamentales en la reproducción biológica de la especie. Probablemente haya habido una combinación de ambos elementos.

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 paralítica general*”, pronóstico que “*conoce [...] puesto que una hermana murió id. [sic]*”.⁵²³ En ese sentido, la ausencia de “moralidad” y de conciencia sobre su 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*

⁵²⁰ 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*, Montevideo, 1913, vol. XV, p. 94.

⁵²¹ *Ibidem*, p. 96.

⁵²² Etchepare, “El alcoholismo mental...”, cit., pp. 15, 16.

⁵²³ “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*, Montevideo, agosto de 1908, año I, n° 2, p. 38.

afectividad”.⁵²⁴ El debilitamiento del pensamiento también provocaba que la mayoría de los parálíticos 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 parálítica*” 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 parálíticos 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 parálítico delirante de “*tener riquezas, cantidad enorme de dinero, palacios, edificios, etcétera*”.⁵²⁵

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*”.⁵²⁶ 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 parálíticos, 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 parálíticos 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 “*tiende a provocar el desiderátum que desea Dupré en la terapéutica de los parálíticos generales; esto es, tratar de provocar remisiones consoladoras, evitar las infinitas y probables complicaciones, e impedir las nefastas consecuencias sociales que la dolencia parálítica quiere producir a cada instante*”.⁵²⁷ 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.

⁵²⁴ “Parálisis general. Sintomatología psíquica. Lección recogida por J[osé] May. Dr. Bernardo Etchepare”, en *Revista de los hospitales*, Montevideo, abril de 1911, tomo IV, n.º 3, p. 122.

⁵²⁵ *Ibidem*, pp. 126, 127.

⁵²⁶ “Manicomio Nacional. Diagnóstico precoz de la parálisis general”, cit., p. 40.

⁵²⁷ Paysée, “Sobre el tratamiento...”, cit., p. 95.

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.⁵²⁸ 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.*⁵²⁹

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”.⁵³⁰ La “demencia precoz” se caracterizaba

*por 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 presentado además alteraciones profundas de la afectividad y de la voluntad, traducida por reacciones especiales.*⁵³¹

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).⁵³² un enfermo sifilítico, por ejemplo, podía terminar padeciendo una demencia orgánica.⁵³³

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 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

⁵²⁸ Fue Morel el primero en referirse a la “demencia precoz”.

⁵²⁹ Bernardo Etchepare, “Sobre dos casos de demencia precoz” *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1904, vol. VI, p. 424.

⁵³⁰ *Ibidem*, p. 425.

⁵³¹ Bernardo Etchepare, “La demencia precoz”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1904, vol. VII, p. 261.

⁵³² *Ibidem*, pp. 283, 284. Ventura Darder señala que el cuadro clínico descrito por Etchepare luego se pasó a llamar “esquizofrenia”, pese a que el médico uruguayo se mantuvo firme en mantener el nombre que había propuesto. “Bernardo Etchepare”, en González Blanco, o. cit., p. 160.

⁵³³ Etchepare, “Anomalías del sistema nervioso...”, cit., p. 63.

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*”.⁵³⁴

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 los casos de demencia precoz, con “*lesiones cerebrales suficientemente apreciables*”. En estos casos, la edad “*en que se inicia la demencia senil es muy variable según los individuos y según las múltiples circunstancias por las cuales ellos han atravesado*”, pero el acuerdo médico internacional establecía que pasados los sesenta 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 eran: “*herencia, predisposición, intoxicaciones, autointoxicaciones, infecciones diversas*” que por lo general finalizaban con un cuadro de demencia senil. Por eso, y ante el proceso de estudio de sus causas, es que algunos autores eran de la opinión de que la demencia senil era una afección cerebral orgánica más, pero que se desarrollaba “*en la época de la vejez independientemente del factor edad*”.⁵³⁵

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*”.⁵³⁶ 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 a 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, etc. 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 entre 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.

⁵³⁴ Bernardo Etchepare, “La responsabilidad en los alienados”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1911, vol. XIV, p. 63.

⁵³⁵ José T. Borda, “Estudio anatómo-clínico de la demencia senil”, en *Revista de los hospitales*, Montevideo, noviembre de 1910, año III, tomo III, n.º 26, p. 288.

⁵³⁶ Ídem. “*Anatomo patológicamente, y bajo el punto de vista macróscopico [sic] se puede observar una atrofia, más o menos acentuada de las circunvoluciones cerebrales, atrofia que, en unos casos es generalizada, a todas las regiones del cerebro, en otros casos, localizada a los lóbulos anteriores o predominando en ellos. Este estado de atrofia lo hemos hallado en un 35 % de nuestros casos. Las leptomeninges se encuentran normales, con mucha frecuencia en la demencia senil; cuando se hallan inflamadas, es la leptomeningitis crónica hiperplásica la más común. Los ventrículos cerebrales son a menudo dilatados.*” Borda, art., cit., pp. 288, 289.

En 1878 el médico argentino José María Ramos Mejía⁵³⁷ (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 profundas y terribles perturbaciones de la inteligencia humana”.⁵³⁸ 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”.⁵³⁹ 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”.⁵⁴⁰ 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”.⁵⁴¹

Las neurosis podían ser de dos tipos: en primer lugar los tics, muecas “y 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”.⁵⁴² Las neurosis se emparentaban con la moral y los médicos prestaban atención más 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*.

Histeria

⁵³⁷ José María Ramos Mejía nació en Buenos Aires el 24 de diciembre de 1849 y falleció el 14 de junio de 1914 en la misma ciudad. Se destacó como médico psiquiatra pero también como pensador positivista de vasta cultura que abordó cuestiones históricas y sociológicas (siempre marcado por la impronta de su disciplina). En 1873, aún como estudiante de la Facultad de Medicina, fundó el Círculo Médico Argentino que publicó los *Anales*. En 1878, todavía como bachiller, editó el primer tomo de *Las neurosis de los hombres célebres en la historia argentina* y al año siguiente obtuvo su título con la tesis sobre el traumatismo cerebral. A partir de allí inició una importante carrera en distintas esferas públicas de Buenos Aires y de la universidad de la misma ciudad. En 1887 creó la cátedra de enfermedades nerviosas. Tuvo además actuación periodística y una importante carrera en el área educativa de la provincia de Buenos Aires. Datos tomados de la biografía (“generalología moral”, la llama) elaborada por el médico psiquiatra argentino Osvaldo Loudet, *Médicos argentinos*, Buenos Aires, Editorial Huemul, 1966, pp. 52-77.

⁵³⁸ José María Ramos Mejía, *Las Neurosis de los hombres célebres en la historia argentina*, Buenos Aires, La Cultura Argentina, 1915, p. 103.

⁵³⁹ *Ibidem*, p. 105.

⁵⁴⁰ *Ibidem*, p. 114.

⁵⁴¹ Vezzetti, *Aventuras de Freud...*, p. 30.

⁵⁴² Ramos Mejía, o. cit., p. 109.

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.⁵⁴³ 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 [de] 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.*⁵⁴⁴

Como lo señala 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.⁵⁴⁵

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 Dighiero⁵⁴⁶ envió una nota a la *Revista Médica* 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, que el enfermo ignora generalmente, y por síntomas móviles, accidentes que serían pasajeros y susceptibles de substituirse unos a otros”.⁵⁴⁷ 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

⁵⁴³ Alain Corbin, Michelle Perrot, “Entre bastidores”, en *Historia de la vida privada. De la Revolución Francesa a la Primera Guerra Mundial*, Madrid, Taurus, 2001, vol. IV, p. 539.

⁵⁴⁴ Porter, o. cit., pp. 178, 179; otras críticas en Dunker, o. cit., pp. 433, 434.

⁵⁴⁵ Vezzetti, *Aventuras de Freud...*, p. 31.

⁵⁴⁶ Nació en Montevideo en 1880 y falleció en la misma ciudad en 1923. Luego de egresar como médico, en 1906 partió a Europa donde residió dos años entre Francia y Alemania. Entre 1912 y 1922 fue catedrático de Patología Médica y, entre este último año y su muerte, jefe de Clínica Médica. Hugo Malosetti, Graciela Dighiero, “Juan Carlos Dighiero”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. II, pp. 193-196.

⁵⁴⁷ Carlos Dighiero, “Cartas de París. Nuevas ideas sobre la histeria”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1906, vol. IX, p. 275.

veces por causas mínimas, como ser la emoción, que aparecerían y desaparecerían fácilmente y que podrían sustituirse 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”), renales, fiebres y una inespecífica categoría para los “trastornos mentales”. En todos los casos, y siguiendo la definición del neurólogo francés Joseph Babinsky, el médico debía ser muy cauteloso al tratar esos estigmas, ya que el enfermo estaba “predisuesto a autosugestionarse” ante “la más leve indicación del médico [que] produce el síntoma indicado”.⁵⁴⁸

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”.⁵⁴⁹

En el comienzo del análisis, los médicos insistieron en que el cerebro histérico 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 del izquierdo”.⁵⁵⁰ 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”.⁵⁵¹

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 manifestaban por motivos no siempre conscientes. Esto fue consecuencia de la difusión de un crítico de Charcot, el médico francés Hippolythe 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.

⁵⁴⁸ *Ibidem*, p. 277.

⁵⁴⁹ Bernardo Etchepare, “Histeria y síntoma de Ganser”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1908, vol. XI, p. 393.

⁵⁵⁰ César A. Díaz, “Histeria-Zonas generadoras de la risa”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1907, vol. X, pp. 252, 253.

⁵⁵¹ Joaquín de Salterain, “Amaurosis histérica doble”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1899, año 2, vol. X, p. 104.

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.*⁵⁵²

De acuerdo con 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*”.⁵⁵³ Pese a las causas morales, el mismo médico también 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*”.⁵⁵⁴

Jacinto de León,⁵⁵⁵ médico uruguayo especializado en neurología, planteó la conveniencia sobre el estudio del histerismo, ya que entre sus manifestaciones se encontraba la simulación “*de las enfermedades orgánicas*”. Según este médico,

*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.*⁵⁵⁶

Para los primeros psiquiatras, las causas de la histeria podían ser materiales o físicas: “*por ejemplo, una caída de a caballo, que produce una hemiplegia histero-traumática*”, 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, 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*”.⁵⁵⁷

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 tratada por el médico Pablo Scremini que no orinaba. Al analizar la historia clínica, el profesional responsabilizó a la familia porque, debido a problemas renales de

⁵⁵² de Salterain, art., cit., p. 103.

⁵⁵³ Ídem.

⁵⁵⁴ Ibidem, pp. 103, 104.

⁵⁵⁵ De León nació en Canelones en 1858, inició sus estudios de Medicina a fines de la década del setenta del siglo XIX, pero los interrumpió al ser designado cónsul uruguayo en Nápoles, desde donde regresó finalmente en 1883 y presentó su tesis de egreso. Comenzó su carrera médica, dedicada a la neurología y la terapéutica eléctrica. En la Facultad de Medicina se desempeñó, entre 1887 y 1916, como profesor de Física Biológica. También tuvo actuación como periodista y parlamentario. Murió en Montevideo en 1934. Datos biográficos tomados de Walter Piaggio, “Jacinto de León”, en Gutiérrez Blanco, o. cit., vol. II, pp. 129-134.

⁵⁵⁶ Jacinto de León, “Sobre un segundo caso de histerismo traumático (Pithiatismo)”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1906, vol. IX, p. 39.

⁵⁵⁷ Ibidem, pp. 39, 40.

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*”.⁵⁵⁸ 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 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 hacia toda clase de muecas y contorsiones, habiendo más de una vez ella llegado a temer el tener algo parecido*”.⁵⁵⁹

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, a 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*”.⁵⁶⁰ 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.*⁵⁶¹

Como planteamos, 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

⁵⁵⁸ Pablo Scremini, “Un caso de oliguria histérica”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1899, año 2, vol. X, pp. 314, 315.

⁵⁵⁹ A. J. Aguerre, “Un caso de tic del brazo de naturaleza histérica”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1904, vol. VI, pp. 181, 182. Otro ejemplo Jacinto de León, “Un caso de histero traumatismo: cura maravillosa”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1905, vol. VIII.

⁵⁶⁰ Bernardo Etchepare, “La menstruación...”, cit., p. 459.

⁵⁶¹ *Ibidem*, p. 466.

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*”.⁵⁶²

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.

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 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.*⁵⁶³

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*”.⁵⁶⁴ Paysée concluyó 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.

⁵⁶² MHN, Papeles del doctor Francisco Soca, Anotaciones y testimonios de carácter científico. Copia de trabajos sobre temas de Medicina, carpeta n.º 1863: “Sala ‘San José’ n.º 24. Violeta Rocha, 16 años, oriental, soltera, labradora. Viene de Rivera. Octubre de 1903”. Subrayado en el original.

⁵⁶³ Camilo Paysée, “Una fuga histérica”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1910, vol. XIII, pp. 414, 415.

⁵⁶⁴ *Ibidem*, p. 415.

“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”.⁵⁶⁵ Se refería a que la madre se casó en España, emigró a América donde nuevamente contrajo matrimonio pero no disolvió el enlace europeo.

El medio social era clave en la interpretación sobre diversas manifestaciones históricas. 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 históricas.⁵⁶⁶ 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 *maníaco* 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 Jean Etienne Esquirol, a la postre de mayor renombre que su colega sajón, propuso la categoría de *monomanía*, aplicada para sujetos con ideas fijas pero cuyo relato mantenía cierta lógica interna. El psiquiatra francés desarrolló la idea de monomanía 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 maníaco 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, coincidían en que se trataba de una afección incurable que podía culminar en una demencia terminal. No obstante, había diferencias en los enfoques de los médicos en todo el mundo, pero 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 de actividad desordenada en una indicación que es preciso respetar en la medida mayor posible*”.⁵⁶⁷ Pero hacia fines del siglo XIX el maníaco pasó a ser el prototipo de enfermo

⁵⁶⁵ *Ibidem*, p. 417.

⁵⁶⁶ 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*, Montevideo, 1910, vol. XIII, p. 422.

⁵⁶⁷ Castro, tomo 1436, cit., fs. 36, 37.

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”*.⁵⁶⁸ En el mismo período, Ángel Canaveris definió los distintos tipos de manía existente: 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.⁵⁶⁹ Sin embargo, es también reflejo de que dentro de la categoría de *manía* podía entrar una amplia gama 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 en un síntoma general a este tipo de afección *“contestaba erróneamente a muchas preguntas”* o brindaba información inexacta, como por ejemplo aportar 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 él 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 crímenes por él cometidos, a juicio de los infrascriptos, producto y expresión de dicha manía”*.⁵⁷⁰ Nuevamente, vemos la intervención de la discusión sobre las patologías hereditarias que atravesó a 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.⁵⁷¹ 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

⁵⁶⁸ “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*, Montevideo, 15 de diciembre de 1881, año I, n.º 3, p. 90.

⁵⁶⁹ “Memoria presentada al Sr. Inspector...”, en *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, cit., p. 407.

⁵⁷⁰ AGN-SJ, Juzgado del Crimen de 2º Turno, “Macario Estevan Sayes Orduña, por desacato, heridas y muerte de Antonio Borges”, 17 de diciembre de 1895, Juzgado del Crimen de 2º Turno, expediente n.º 183.

⁵⁷¹ Hemos estado tentados de buscar una relación entre las *“manías religiosas”* descritas 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*, f. 129 y f. 191.

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”.⁵⁷²

Además de conocer la idea fija, era imprescindible estudiar los antecedentes familiares y sociales del paciente. A. P., un maniático “*paranoideo*” 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*”.⁵⁷³ 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*”.⁵⁷⁴

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 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*”.⁵⁷⁵ 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.*⁵⁷⁶

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*

⁵⁷² Castro, tomo 1436, cit., f. 160.

⁵⁷³ Camilo Paysée, “Un informe médico legal”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1913, vol. XV, pp. 35, 36 [el informe data de enero de 1909].

⁵⁷⁴ Rossi, *El alienado...*, p. 16.

⁵⁷⁵ Bernardo Etchepare, “Locura comunicada entre dos hermanas”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1904, vol. VII, p. 408. Varios psiquiatras franceses planteaban desde fines del siglo XIX esta idea de la familia neuropática. Véase, por ejemplo, A. Mathieu, *Neurasthénie*, Paris, Rueff et Cia., éditeurs, 1894.

⁵⁷⁶ Etchepare, “Locura comunicada...”, cit., p. 408.

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”.⁵⁷⁷ 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 sobre Adelaida. Sin embargo, la hermana mayor también 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*”.⁵⁷⁸ 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 Feré, si la locura podía mostrarse en la familia “*fuera de toda herencia*”.⁵⁷⁹

En 1909, publicó un artículo sobre un caso de “*locura familiar*” “*comunicado 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 atingencia 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 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*”.⁵⁸⁰

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 aún 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*”.⁵⁸¹ 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

⁵⁷⁷ Ibidem, p. 409.

⁵⁷⁸ Ibidem, p. 414.

⁵⁷⁹ Ibidem, p. 415.

⁵⁸⁰ Bernardo Etchepare, “Locura familiar; delirio de interpretación “antilógico” comunicado entre siete personas”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1909, vol. XII, pp. 105, 106. El mismo artículo fue publicado en los *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, enero de 1910, vol. XI, pp. 5-17.

⁵⁸¹ Ibidem, p. 106.

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 con todos, propios y extraños*”.⁵⁸² 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*”.⁵⁸³

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*”.⁵⁸⁴ 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.⁵⁸⁵ 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.*⁵⁸⁶

Etchepare concluyó que en 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.*⁵⁸⁷

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 hacían del ambiente un factor más determinante que la herencia.⁵⁸⁸

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*”

⁵⁸² *Ibidem*, pp. 106, 107.

⁵⁸³ *Ibidem*, p. 110.

⁵⁸⁴ *Ídem*.

⁵⁸⁵ *Ibidem*, p. 111.

⁵⁸⁶ *Ibidem*, p. 111.

⁵⁸⁷ *Ídem*.

⁵⁸⁸ *Ídem*.

particular” por el cual la enferma que analizó sufría una regresión 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*”.⁵⁸⁹ 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 maniaca*”. 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 spécimenes [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.*⁵⁹⁰

Este tipo de casos era un desafío para los médicos, ya que el paciente no mostraba voluntad alguna de colaborar o de aportar su testimonio, a lo que se agregaba que la patología se lo impedía, de modo que cualquier comentario del enfermo 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 el enfermo hablara 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 conservado, mientras que el recuerdo de los sucesos posteriores a este período esta totalmente abolido.*⁵⁹¹

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*”.⁵⁹²

Otro ejemplo de combinación entre el histerismo y la manía delirante fue estudiado por Etchepare. En el caso de F. O. se combinaba la “*herencia atávica y*

⁵⁸⁹ Bernardo Etchepare, “Puerilismo mental”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1906, vol. IX, p. 63.

⁵⁹⁰ *Ibidem*, p. 67.

⁵⁹¹ *Ibidem*, p. 71.

⁵⁹² *Ibidem*, p. 72.

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 hacían 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).⁵⁹³

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 detallando 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”.⁵⁹⁴ 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.

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 caracterizaba por la rigidez muscular, aunque algunas veces podía estar acompañado por 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”.⁵⁹⁵ 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.⁵⁹⁶ En el primer caso clínico estudió a un enfermo con un “estado de sueño aparente durante ocho meses”, luego del

⁵⁹³ Etchepare, “Histeria y síntoma...”, cit., p. 394.

⁵⁹⁴ *Ibidem*, pp. 395, 396.

⁵⁹⁵ Rossi, *El alienado...*, p. 23.

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*”.⁵⁹⁷ 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*” que culminó con un estado delirante con “*ideas de grandeza*”, ya que el enfermo “*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 catatonia*”, ya que durante el proceso de clinoterapia “*adoptó de una manera casi ininterrumpida, durante ocho meses, la actitud de sueño aparente*” hasta “*el día de su fallecimiento*”.⁵⁹⁸ 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*”.⁵⁹⁹

Un caso completamente diferente era el de “*H. F., uruguayo, de 23 años, soltero, pintor*”, quien mostró una excitación maníaca permanente, que se traducían 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 raquítrico no sirve para nada*”.⁶⁰⁰ 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*”.⁶⁰¹ 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

⁵⁹⁶ Bernardo Etchepare, “Demencias catatónica y paranoidea”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1909, año XII, n.º 9.

⁵⁹⁷ *Ibidem*, p. 219.

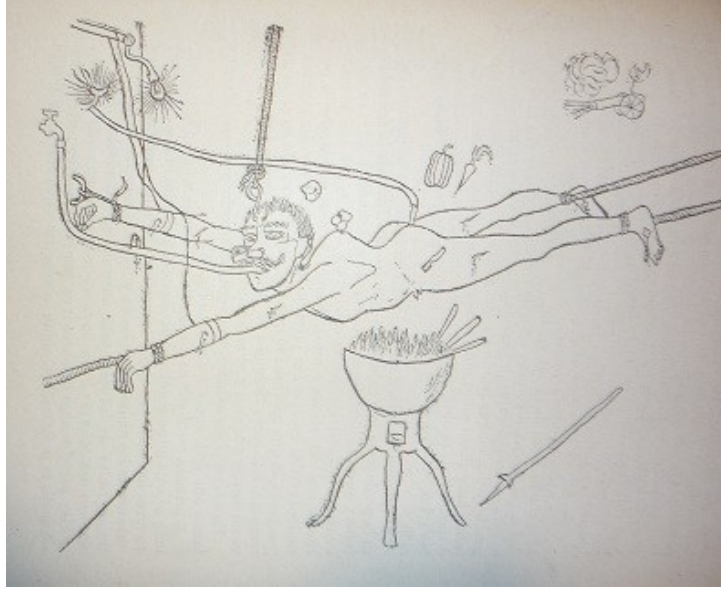
⁵⁹⁸ *Ibidem*, p. 220.

⁵⁹⁹ *Ibidem*, 222, 223.

⁶⁰⁰ *Ibidem*, p. 226.

⁶⁰¹ *Ibidem*, p. 228.

*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.*⁶⁰²



Fuente: Bernardo Etchepare, “Demencias catatónica y paranoidea”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1909, año XII, n.º 9.

¿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?⁶⁰³

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”. Era destacable la incoherencia de los párrafos que revelaban “su delirio de persecución”. También en los escritos se

⁶⁰² *Ibidem*, p. 230.

⁶⁰³ 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”. Ablard, art., cit., pp. 212, 213.

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*”.⁶⁰⁴ Más allá del estudio particular, son pocos aquellos casos en los que el médico permitió que el paciente tomara la palabra, elemento interesante 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.⁶⁰⁵

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 Saenz 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*”.⁶⁰⁶

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 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 a 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

⁶⁰⁴ Ibidem, pp. 230, 231. Pintores, escritores, y artistas en general formaban parte de una asociación de época muy estrecha que vinculaba la genialidad y la locura. Lombroso había dedicado su obra *El hombre de genio* a establecer una relación entre arte y locura (Porter, o. cit., pp. 171-174). En 1905 el abogado Washington Beltrán publicó un trabajo titulado “El genio”, que estableció el vínculo lombrosiano entre el destaque intelectual exacerbado y algún tipo de trastorno psiquiátrico. Washington Beltrán, “El genio”, en *Evolución*, Montevideo, 10 de noviembre de 1905, año 1, n.º 2, pp. 119-124. Véase también la relación entre genialidad e inadaptación social que estableció Santín Carlos Rossi (a partir de los casos de Pascal, Rousseau, Nietzsche y Tolstoi). Santín Carlos Rossi, “‘Definición médico legal del alienado’ por el doctor Santín Carlos Rossi. Director de la Colonia de Alienados. Comunicación a la Sociedad de Medicina de Montevideo-Sesión del 4 de junio de 1915”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1915, vol. XVIII, p. 421. También: Mateo Legnani, *Ensayos de higiene social*, Montevideo, Dornaleche, 1915, p. 9. Un ejemplo literario de época en Carlos Reyles, “El extraño” (1897), en Carlos Reyles, *Academias y otros ensayos*, Montevideo, Claudio García y Cía. Editores, s/d. En las revistas de Psiquiatría francesa que utilizamos, encontramos dos artículos dedicados a grandes “genios” de la literatura universal, cuyas vidas se habían caracterizado por la promiscuidad sexual, el consumo de alcohol o drogas. Lucien Lagriffé, “Guy de Maupassant. Étude de Psychologie Pathologique”, en *Annales Medico-Psychologiques*, París, vol. IX, 1909, pp. 5-13; Roger Dupouy, “Psychologie morbide. Charles Baudelaire. Toxicomane et opiomane”, en *Annales Medico-Psychologiques*, París, vol. XI, mayo de 1910, pp. 353-364.

⁶⁰⁵ Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 386.

⁶⁰⁶ Saenz y Criado, o. cit., p. 160.

que nos ocuparemos en el próximo capítulo son elocuentes para estudiar dicha evolución.

Conclusiones

En este capítulo nos detuvimos a analizar las características que los médicos del período atribuyeron a las principales enfermedades que conformaron la noxología de los trastornos mentales. Esa conceptualización no escapó a los cánones internacionales, es decir a las definiciones que, en simultáneo, también estaban realizando médicos de otras partes del mundo (en especial europeos), cuyos trabajos llegaron gracias a la participación de los facultativos locales en distintas redes científicas. Sin embargo no deberíamos ver el arribo de algunas ideas como una traslación mecánica al terreno local, sino que por el contrario los médicos que actuaron en Uruguay –en especial a partir de la década de 1890- buscaron insertar esas ideas con estudios de caso a partir del análisis de la situación de los pacientes internados en el Manicomio Nacional. Bernardo Etchepare sobresale como una de las figuras más importantes de la noxografía local, con estudios clínicos y el intento por desarrollar algunos conceptos novedosos o lograr definiciones recientes en el terreno de la Psiquiatría internacional.

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 con formas de cuidado, asistencia y tratamiento diferentes. Nos interesaba 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 paralítico 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 (como veremos en el séptimo capítulo), y aquellos que era imprescindible contener y aislar. De esta forma los enfermos psiquiátricos comenzaron a ser considerados sujetos peligrosos y su control se tornó imprescindible. Esto permitió que la Psiquiatría se presentara no solo como una rama de la Medicina, sino como una empresa de protección social. La internación o el seguimiento de los enfermos no era solo un problema 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.

Capítulo 5

El tratamiento

Introducción

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 para 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 todo el mundo, los médicos locales aplicaron diversas experiencias posibles para tratar con 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, 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, a fines del período considerado, 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.⁶⁰⁷ 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 del influjo que a partir de la segunda mitad del siglo XIX tuvo la idea de ciencia y el 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”.⁶⁰⁸ 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 con las causas orgánicas sino con aspectos relacionados con el estilo de vida y con la moralidad. ¿Desliz? ¿Lapsus de Brunel? 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 acostumbrarlos a raciocinar”.⁶⁰⁹ Esta visión optimista que relacionaba 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 de 1862, 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 de poder examinar y estudiar al enfermo a toda hora sin que él lo sepa”.⁶¹⁰ 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

⁶⁰⁷ Foucault, *El poder psiquiátrico*, o. cit., p. 54 y p. 156. Mismo cuestionamiento podríamos hacer al ensayista uruguayo Carlos Real de Azúa, quien al analizar el período batllista, en una laberíntica síntesis, endilgó a sus reformadores sociales un “humanitarismo filantrópico, de tinte dieciochesco pero también penetrado de emotivismo romántico y de altruismo laico. Igualmente, sobre todo, de cierta piedad difusa, casi cósmica de sello tolstoniano”. Carlos Real de Azúa, *El impulso y su freno. Tres décadas de batllismo*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1964, pp. 30, 31.

⁶⁰⁸ Brunel, o. cit., p. 338.

⁶⁰⁹ *Ibidem*, p. 338. Más abajo analizaremos las propuestas educativas.

⁶¹⁰ *Ibidem*, p. 326.

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 “*variarnos 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*”.⁶¹¹ Casos como el citado, que data de 1881, da 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.

La observación del enfermo era parte fundamental del análisis clínico.⁶¹² 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.

⁶¹¹ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4842, fs. 15-17.

⁶¹² 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 publicaciones 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.

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.⁶¹³ 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*”.⁶¹⁴

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 forma de tratar la afección era reestablecer las facultades morales (de ahí la idea planteada 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 *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 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*”.⁶¹⁵ 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*”. E 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*”.⁶¹⁶ Por tanto, si bien parece evidente que Brunel era partidario de “*dulcificar*” el tratamiento, el señalamiento sobre algunos métodos más rigurosos o el empleo de camisas de fuerza da 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. Ya en 1855 el médico Francisco A. Vidal denunció

⁶¹³ Porter, o. cit., p. 20.

⁶¹⁴ Brunel, o. cit., p. 338.

⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 97.

⁶¹⁶ *Ibid.*, pp. 288-290.

“los medios de rigor” con que se trataba a los enfermos psiquiátricos en el Hospital de Caridad.⁶¹⁷

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 dividieran a los enfermos 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 potencialmente peligrosos “*hay que cortarles los movimientos, sea atándolos, sea por medio de la camisola de fuerza o por medio de ligaduras*”.⁶¹⁸ 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 que 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 paralíticos y en general todos los que están dispuestos a congestiones cerebrales comen con voracidad, debiendo limitárseles el alimento*”.⁶¹⁹ 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, recurso profiláctico o terapéutico en los asilos psiquiátricos.⁶²⁰ 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.⁶²¹ 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*”.⁶²² 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.

⁶¹⁷ Citado en José Pedro Barrán, “El manicomio y la razón médica...”, cit., p. 71.

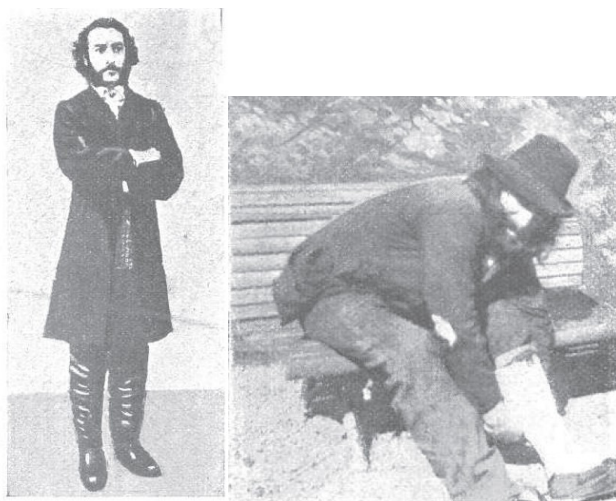
⁶¹⁸ Brunel, o. cit., pp. 331, 332.

⁶¹⁹ *Ibidem*, pp. 330, 331.

⁶²⁰ 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.

⁶²¹ Porter., o. cit., pp. 49, 50.

⁶²² Brunel, o. cit., p. 332.



Fuente: “Vida y muerte de un personaje uruguayo”, en *Caras y caretas*, Buenos Aires, 28 de julio de 1906, n°408.

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*”.⁶²³ 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*”.⁶²⁴ Ese mismo modelo formaba parte del tratamiento sugerido por Pinel y Charcot, quienes propusieron utilizar las duchas frías.⁶²⁵

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*”.⁶²⁶ El uso del 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.⁶²⁷ 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 ser la actuación de hidrópatas.

Uno de los manuales hidropáticos más difundidos durante las décadas del sesenta y del setenta del siglo XIX, fue el libro del catalán Pedro Mombrú *Práctica*

⁶²³ Castro, tomo 1436, cit., pp. 85, 86.

⁶²⁴ Brunel, o. cit., pp. 333, 334.

⁶²⁵ Dunker, o. cit., p. 563.

⁶²⁶ Canaveris, “Memoria...”, cit., p. 307.

⁶²⁷ Porter, o. cit., p. 17.

elemental de hidro-sudo-terapia... de 1862 y *El regenerador de la naturaleza...* de 1869.⁶²⁸ 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.⁶²⁹ 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.⁶³⁰ 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 “*principiado 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*”.⁶³¹ El tratamiento citado no distaba del impuesto para otro tipo de afecciones como una inflamación de útero o un tumor en el tobillo. 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*”.⁶³²

⁶²⁸ *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 y *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*, Barcelona, Imprenta del Heredero, 1869, vols. I y II. Sobre este personaje véase José María Fernández Saldaña, “Mombrú, el médico del agua fría”, en *El Día* [suplemento dominical], 31 de mayo de 1936 y Pablo Rocca, (comp.), *De la Patria Vieja al Centenario. La vida social y las costumbres*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1992, p. 26.

⁶²⁹ Algunos testimonios previos dan cuenta de la creencia sobre el poder curativo de las aguas de la Banda Oriental y en particular de las del río Negro. Véase *El Argos*, Buenos Aires, 7 de setiembre de 1822, p. 4, en *El Argos de Buenos Aires. 1822. Reimpresión facsímil dirigida por los señores Antonio Dellepiane, Mariano de Vedia y Mitre, Rómulo Zabala y prologada por el señor Arturo Capdevila*, Buenos Aires, Biblioteca de la Junta de Historia y Numismática Americana, 1937, tomo XIV; “Informe del señor cónsul de Francia en Montevideo, M. Raymond Baradère, al Ministerio de Relaciones Exteriores de Francia”, Montevideo, 1834, en Alfredo Castellanos, “Dos informes acerca de la República Oriental del Uruguay en 1834 y 1835”, en *Revista Histórica*, Montevideo, julio de 1958, tomo XVIII, números 82-84, p. 402.

⁶³⁰ Sostenía Mombrú: “*Todavía existe gran número de personas que están en la creencia de que todos los medios con que deben tratarse y curarse las enfermedades son de privilegio exclusivo de la cirugía y farmacia; pero el que use el sistema hidropático en una enfermedad susceptible de curación, encuentra indicaciones de un tratamiento positivo, y queda persuadido de que aventaja mucho al hierro de la cirugía y a todo cuanto contiene la farmacia*”. Mombrú, *El regenerador*, vol. I, p. 18.

⁶³¹ Mombrú, *El regenerador*, vol. II, pp. 392, 393.

⁶³² *Ibid.*, pp. 442 y 514. Otro hidrópata de la época con soluciones equivalentes a las de Mombrú: A. Díaz Peña, *Manual de hidropatía doméstica o recopilación de lo más selecto que se ha escrito hasta el día por los Doctores más distinguidos en la ciencia, principalmente por los eminentes Dres. Edwar, Walter y*

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*”.⁶³³ 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*”.⁶³⁴ 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. A decir de Etchepare “*los castigos corporales son contraproducentes y en más de un caso originan una situación inútil de odio*”.⁶³⁵

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 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*”.⁶³⁶

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.

Howard Johson de Londres *arreglada a las necesidades del país, y considerablemente aumentada por A. Díaz Peña*, Montevideo, Imprenta de Dermidio de María y Hermano, 1861.

⁶³³ Brunel, o. cit., p. 332.

⁶³⁴ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 21 de febrero a 20 de octubre de 1908, fs. 131, 132.

⁶³⁵ Etchepare, “Educación de los niños nerviosos”, o. cit., p. 223.

⁶³⁶ *El Tiempo*, 3 de marzo de 1908, p. 1.



Fuente: Página completa y detalle de Bernardo Etchepare, “La menstruación en las alienadas”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1904, vol. VII, 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.⁶³⁷ 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 de las clases bajas que se atendían en hospitales públicos no pareció ser una preocupación para los médicos tratantes en esos años.*⁶³⁸

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.*⁶³⁹

...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

⁶³⁷ Etchepare, “La menstruación...”, o. cit.

⁶³⁸ 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.

⁶³⁹ *Ibidem*, p. 140.

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 montevidiano *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”.⁶⁴⁰

En 1879, probablemente haciendo eco de una posición extendida entre los médicos, Ángel Canaveris propuso en su proyecto de reglamento que el 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 “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”.⁶⁴¹

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.

⁶⁴⁰ Véanse las ediciones de *La Razón* del 13 y del 17 de diciembre de 1878.

⁶⁴¹ Citado en Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 35.

Fallecimientos en el Manicomio Nacional⁶⁴²

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*, cit., pp. 122, 123; *La Asistencia Pública Nacional*, p. 305.

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. 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 donde el enfermo fallecía 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.⁶⁴³ 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

⁶⁴² 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. Al referirse a la epidemia de cólera de 1866, el médico Germán Segura sostuvo que uno de los lugares más afectados por la enfermedad fue “*el Hospicio de Dementes*”, en el que murieron veinte hombres y siete mujeres (también falleció un sirviente). Según nuestras cifras, el número de personas asistidas ese año en el Asilo de Dementes era de ciento veintisiete. De acuerdo con Segura, la rápida propagación de “*el flagelo*” se debió al “*mal estado*” edilicio e higiénico en que se encontraba el establecimiento (Segura, o. cit., pp. 9-13). En la epidemia de cólera de 1886-1887, y según cifras de Fernando Mañé Garzón, hubo ciento once casos de cólera (no sabemos cuántos enfermos fallecieron). El foco infeccioso se habría originado por las ropas contaminadas procedentes del Hospital de Caridad que eran llevadas a lavar al manicomio. Mañé Garzón, *Pedro Visca*, pp. 243, 244.

⁶⁴³ En un artículo publicado en 1906, Etchepare presentó a la 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*”. Etchepare, “Puerilismo mental”, o. cit., pp. 65, 66.

del (en ese entonces) estudiante de Medicina, “había en el establecimiento tres hermanos enfermos cansados de los malos tratos a que diariamente estaban sujetos” que golpearon “al capataz” y que “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”.⁶⁴⁴ 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.

De acuerdo con Crovetto, el establecimiento contaba con dos piezas de pavimento que estaban destinadas al encierro de los enfermos catalogados como “furiosos”.⁶⁴⁵ 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.⁶⁴⁶

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.

De acuerdo a 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 relativamente 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

⁶⁴⁴ Crovetto, o. cit., p. 17. “El entonces jardinero, tenía en el jardín un loco que le ayudaba en el arreglo de las plantas, el cual lejos de ser loco peligroso, era y es lo más pacífico. Este enfermo se llama Juan Miotti; y aun hoy día se ocupa en el mismo trabajo. El jardinero en sus ratos de ocio y acompañado de otros colegas, llevaban al pobre enfermo a la quinta, lo ataban de los testículos, suspendiéndolo, colgándolo de los árboles y sumergiéndolo en un estanque y cometiendo con él toda clase de herejías.” Crovetto, o. cit., p. 19.

⁶⁴⁵ *Ibid.*, o. cit., p. 38.

⁶⁴⁶ *Ibidem*, p. 20.

denunciaron que los celadores hacían un uso abusivo del artefacto.⁶⁴⁷ 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 1898.⁶⁴⁸ 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*”.⁶⁴⁹ Como ya señalamos, carecemos de indicadores para establecer una relación entre las muertes y los distintos tipos de violencia.

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 reclusos por los tribunales*”, por ende, muchos de ellos peligrosos, contra los cuales tampoco se utilizaba el chaleco “*completamente eliminado de todos los servicios*”.⁶⁵⁰ 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*”.⁶⁵¹ 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, dócil y servil para con los superiores de hospitales y asilos nacionales*”.⁶⁵²

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 oficiosa de la Facultad de Medicina en el cual describió de forma general las ventajas de la aplicación electroestática.⁶⁵³ Carecemos de información exacta sobre la fecha en que se inauguró la “*sección de electroterapia*”, aunque en la documentación institucional la sala ya figura desde 1899.⁶⁵⁴

⁶⁴⁷ La prensa también pedía su aplicación. En 1895 el diario batllista *El Día* se quejó de la tolerancia del Juez Letrado Departamental de Montevideo que impidió el uso del chaleco de fuerza en el Asilo del Buen Pastor. “*Hay algunas [jóvenes internas] a quienes les da por golpearse, arrancarse en pedazos las ropas, atropellar a las hermanas, y a esas les vendría bien, como anillo al dedo, una camisita de fuerza, que les apagase la rabia. Pero, con todo, nunca se ha podido usar este castigo porque el Sr. Juez Letrado Departamental no ha querido autorizarlo*”. “En el asilo del Buen Pastor. Visita del Sr. Fiscal de lo Civil”, *El Día*, 26 de junio de 1895, p. 2.

⁶⁴⁸ Castro, tomo 1436, cit., f. 38.

⁶⁴⁹ *Ibidem*, f. 39.

⁶⁵⁰ *Comisión Nacional de Caridad* [1905], cit., p. 319.

⁶⁵¹ Carlos Maeso, *El Uruguay a través de un siglo*, Montevideo, Tipográfica Moderna, 1910, p. 182.

⁶⁵² *El Hombre*, Montevideo, 2 de diciembre de 1916, año I, n.º 6, p. 3.

⁶⁵³ Jacinto de León, “Electricidad médica”, en *La Facultad de Medicina*, Montevideo, 20 de junio de 1896, año I, n.º 1, p. 2.

⁶⁵⁴ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 5 de enero de 1900 a 26 de junio de 1901, f. 69; *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, cit., p. 321.

En marzo de 1909 fue internado A. F. de 18 años, Labrador y abandonado por su novia, con una aguda depresión, calificada por Bernardo Etchepare de “*demencia catatónica*”. El paciente no se levantaba ni se alimentaba. Por eso el médico resolvió que fuera colocado en “*la máquina eléctrica*” para despertarlo de ese estado. Sin embargo, el paciente permaneció inmóvil.⁶⁵⁵

Junto a estos métodos –y otros alternativas desarrolladas durante el período como la fototerapia⁶⁵⁶- se comenzaron a utilizar otro tipo de estrategias que buscaban atacar la enfermedad pero a través de un refinamiento en los métodos. Dentro de esas posibilidades se encontraban la hipnosis, los primeros pasos de la psicoterapia así como la recurrencia a distintos tipos de calmantes.

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*”.⁶⁵⁷

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*”.⁶⁵⁸ Nuevamente, estamos ante una tensión entre el campo médico que comenzaba a

⁶⁵⁵ La historiadora chilena María José Correa estudió el desempeño en su país de *The Sanden Electric Company*, de capitales estadounidenses, y el uso de la electroterapia, que buscaba vigorizar sistemas nerviosos a los que se consideraba exhaustos pero pasibles de ser tonificados a través de la electricidad. A fines del siglo XIX y comienzos del XX la Medicina descubrió las propiedades curativas de la electricidad, que se utilizó sobre todo en casos de enfermedades psiquiátricas. María José Correa Gómez, “Electricidad, alienismo y modernidad: The Sanden Electric Company y el cuerpo nervioso en Santiago de Chile, 1900-1910”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [en línea], Colocado en línea el 9/6/2014, consultado el 16/9/2014. URL: <<http://nuevomundo.revues.org/66910>; DOI: 10.4000/nuevomundo.66910>.

⁶⁵⁶ No ha sido posible encontrar información detallada sobre la “fototerapia”, que recurría a distintas variantes cromáticas que, se creía, agitaban o tranquilizaban al paciente. El método desarrollado por dos italianos, el religioso y astrónomo Secchi y el psiquiatra Ponza, consistía en “*estudiar los trastornos de los enajenados en relación con las perturbaciones magnéticas y con la luz coloreada*”. En el artículo publicado en la prensa médica de Uruguay el método es descripto de forma poco clara. Por ejemplo, a un lipemaniaco que se negaba a comer Ponza lo encerró en un “*cuarto de color rojo*” y “*tres horas después*” encontró al paciente “*alegre y sonriendo*” y “*le rogó que le dieran de comer y comió con apetito y satisfacción*”. Podríamos cuestionar en qué se diferenciaba esta práctica del aislamiento del que muchos enfermos querían salir. No consta en la documentación que un experimento de similares características se haya realizado en Uruguay. No obstante, la idea de la fototerapia siguió presente en algunos círculos médicos, tal como da cuenta una nota de 1885, que se refirió, nuevamente de forma poco clara, al uso de la luz con efectos terapéuticos. *Boletín de la Sociedad de Ciencias y Artes*, 1.º de febrero de 1885, año IX, n.º 5, p. 60.

⁶⁵⁷ *Boletín de la sociedad Ciencias y Artes*, 30 de octubre de 1881, año V, n.º 44, p. 526.

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*”.⁶⁵⁹ 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 catorce 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*”.⁶⁶⁰

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*”.

⁶⁵⁸ 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.

⁶⁵⁹ *Ibidem*, pp. 34, 35.

⁶⁶⁰ *Ibidem*, pp. 62, 63.

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 desde el primer éxito. 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.⁶⁶¹ 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*”.⁶⁶² 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 sus movimientos habían desaparecido*”.⁶⁶³ 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 simulaban la intervención quirúrgica. De esta forma Luis Morquio trató una “*apendicitis histérica*”, al realizar una “*pseudooperación*” (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*”.⁶⁶⁴ La persuasión, el aislamiento y la “*vigilia*” sobre la conducta de los enfermos, en especial de los histéricos, eran aprobadas por todos los médicos y todas las orientaciones politicoideológicas.⁶⁶⁵ 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 predisuestos, y curados exclusivamente por persuasión*”.⁶⁶⁶

A la psicoterapia combinada con descargas eléctricas recurrió Bernardo Etchepare para un caso muy similar al que trató Joaquín de Salterain (que analizamos en

⁶⁶¹ Rossi, “Un caso de histero...”, cit., p. 424.

⁶⁶² *Ibidem*, p. 425.

⁶⁶³ Aguerre, art., cit., pp. 181, 182

⁶⁶⁴ Luis Morquio, “Pseudo apendicitis histérica”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1910, vol. XIII, p. 300.

⁶⁶⁵ Los anarquistas veganos o naturalistas, que se oponían a la intervención de los médicos para cualquier afección e insistían en que la dieta y la vida “natural” era capaz de curar todo tipo de enfermedad, defendían la psicoterapia como un camino de recuperación para los enfermos maniáticos. *Natura. Revista mensual para la propaganda del método natural de vida: higiene-temperancia-vegetarianismo*, julio y agosto de 1909, año VI, números LXVII y LXVIII, pp. 224, 225.

⁶⁶⁶ Dighiero, art., cit., p. 280.

otro apartado). El médico inició el tratamiento a través de sucesivas conversaciones con la paciente “*usando del procedimiento de Freud*”.⁶⁶⁷ En los intercambios se enteró que la mujer “*estuvo a punto de estudiar para maestra*”, que era “*muy cariñosa*” y que su menstruación era “*bueno 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 Invernizio y otras de ese calibre*”.⁶⁶⁸ 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*”.⁶⁶⁹

La incorporación del psicoanálisis, y de la corriente freudiana, provocó un cambio radical en la conceptualización de las enfermedades mentales ya que, 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 al psicoanálisis como parte de la disciplina da cuenta 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.⁶⁷⁰

En 1916, Santín Carlos Rossi defendió al 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*”).⁶⁷¹ En el caso de Ángela M. —que vimos en otra parte del trabajo—, 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*

⁶⁶⁷ En 1890, Freud planteó sus ideas principales en el texto, considerado por algunos fundador del psicoanálisis, *Tratamiento psíquico-tratamiento del alma*. Dunker, o. cit., p. 19.

⁶⁶⁸ Bernardo Etchepare, “Ceguera histérica”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1913, vol. xv, pp. 113, 114.

⁶⁶⁹ *Ibidem*, pp. 117, 118. En otro artículo, Etchepare se despachó contra la “*práctica tan generalizada como lamentable de llevar a los niños a los cinematógrafos sin estudio previo, sin distinción de edad ni caracteres, sin conocimiento de la calidad del espectáculo*”, exhibiciones que “*vulneran poderosamente la tranquilidad de los niños nerviosos exponiéndolos a miedos, horrores, que les quitarán el sueño o se lo poblarán de pesadillas, preparando para más adelante una afectividad patológica*”. Etchepare, “Educación de los niños...”, cit., p. 219.

⁶⁷⁰ 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.

⁶⁷¹ Santín Carlos Rossi, “Contribución al estudio...”, cit., pp. 725, 726.

cuadro". Por ello, y en una clara manifestación de apropiación sobre el 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*".⁶⁷²

En general, las sesiones de psicoterapia sustituyeron el aislamiento y el reposo, del mismo modo que permitía que el o la paciente fuera 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, 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*".⁶⁷³

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*".⁶⁷⁴ Esto no excluía del tratamiento al "*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, todos sus indicaciones y todos sus ventajas*".⁶⁷⁵ Sí existía la posibilidad de no "*dar algún medicamento que pudiera servir aunque fuera de sugestión indirecta*".⁶⁷⁶ 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 accesorio. Así,

⁶⁷² *Ibidem*, p. 726.

⁶⁷³ *Ibidem*, pp. 726, 727.

⁶⁷⁴ *Ibidem*, p. 728.

⁶⁷⁵ *Ibidem*, p. 729.

⁶⁷⁶ *Ibidem*, p. 728.

las “*almendras dulces*” o las “*amapolas*” convivían con el “*ácido 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.⁶⁷⁷ Una situación similar podemos encontrar en la referencia, realizada en 1874 por el *Boletín médico-farmacéutico*, que se refirió a un medio empleado para un caso de “*delirium tremens*” para el que se empleó “*polvo de pimienta roja a la dosis de 30 gramos*” que permitió que el enfermo se calmara y durmiera por seis horas, luego de lo cual “*no volvió a presentar delirio*”.⁶⁷⁸

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 medicamentos “*heroicos*” pero “*peligrosísimos*” que “*hay que saber manejar*”, por lo que correspondía solo a los médicos su administración.⁶⁷⁹

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 a atacar las causas orgánicas y también las llamadas morales que buscaban ceñir al paciente a la disciplina laboral y rutinaria.⁶⁸⁰

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 mundo⁶⁸¹). Por 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

⁶⁷⁷ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4844, f. 177.

⁶⁷⁸ *Boletín médico-farmacéutico*, junio de 1874, n.º 1, año 1, p. 4.

⁶⁷⁹ Castro, tomo 1436, cit., fs. 39-42.

⁶⁸⁰ Rossi, *El alienado*...p. 75.

⁶⁸¹ Véase Foucault, *El poder psiquiátrico*, pp. 149, 150.

eran utilizados en tareas que requerían mayor desgaste físico y las mujeres en el servicio de limpieza, cocina y lavado.

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 en 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*”.⁶⁸²

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*”.⁶⁸³ 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*”.⁶⁸⁴

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*”.⁶⁸⁵ El galeno francés sostuvo que “*los juegos y los trabajos en comunidad de los dementes que tengan un delirio moderado, les fortifica el espíritu 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.⁶⁸⁶ 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*

⁶⁸² Castel, *El orden...*, p. 252.

⁶⁸³ Brunel, o. cit., pp. 324, 325.

⁶⁸⁴ Crovetto, o. cit., p. 44.

⁶⁸⁵ Brunel, o. cit., p. 325.

⁶⁸⁶ *Ibidem*, 343.

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"*.⁶⁸⁷ Era 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"*.⁶⁸⁸

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 *"es uno de los tantos medios de curación que se aplican al alienado"*.⁶⁸⁹ 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 entretenimiento del enfermo como la economía y utilidad que reportaría el Establecimiento"*.⁶⁹⁰ 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 tomada en cuenta a poco de realizar el planteo.⁶⁹¹

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 *"inculcar[an] a la gente pobre el amor al trabajo"* ya que las *"costumbres honestas"* permitían *"ahogar en su origen una mala pasión"*.⁶⁹² 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*

⁶⁸⁷ *Ibidem*, p. 344.

⁶⁸⁸ *Ibidem*, p. 337.

⁶⁸⁹ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4844, f. 440.

⁶⁹⁰ "Memoria presentada al señor don Antonio Silveira miembro de la Comisión de Caridad, Inspector del Manicomio Nacional, por el secretario del mismo Asilo en 1º de Enero de 1881", en AGN-HA-MSP-HCM, libro 4842, f. 134.

⁶⁹¹ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4844, f. 265.

⁶⁹² Fernández y Espiro, o. cit., p. 14.

*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.*⁶⁹³ 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 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*”.⁶⁹⁴

En 1895 comenzó la edificación del lavadero y de los talleres del manicomio, bajo la dirección de Rafael Maggio y la construcción de Pedro Sartori, 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 la comisión. Eran los propios internos quienes se encargaban de limpiar y planchar las prendas.⁶⁹⁵

Además de participar de la muestra en Buenos Aires en 1882, 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*”.⁶⁹⁶ En 1905 funcionaban talleres de escobería (que fabricaba unas 12 000 escobas y cepillos anuales y también coronas fúnebres), de zapatería (con 1500 pares de zapatos por año), de cigarrería (con 5000 a 6000 cigarrillos para consumo interno), de colchonería, de sastrería (con cerca de 10 000 prendas anuales), de carpintería, de herrería, de pintura y de albañilería.⁶⁹⁷ Los únicos

⁶⁹³ Canaveris, “Memoria...”, cit., p. 306.

⁶⁹⁴ Castro, tomo 1436, cit., fs. 56, 57.

⁶⁹⁵ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, f. 143.

⁶⁹⁶ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 7 de agosto de 1896 a 24 de mayo de 1898, f. 156.

⁶⁹⁷ Información y cifras tomadas de *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, cit., p. 323.

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*”.⁶⁹⁸



Taller de pintura. Archivo Nacional de la Imagen, SODRE, Colección Fitz Patrick, imagen n.º 487

El trabajo se complementaba con otras tareas regladas: levantarse, asearse, desayunar, almorzar, cenar a horas fijas, trabajar con horario, que 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*”.⁶⁹⁹ 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.⁷⁰⁰ 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 en la cocina, y otros hacían de albañiles.⁷⁰¹

La historiadora argentina Lila Caimari⁷⁰² 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, a lo que

⁶⁹⁸ José Irureta Goyena, “Sobre establecimientos para los criminales delincuentes”, en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, Montevideo, 31 de mayo de 1905, año II, n.º 18, p. 280.

⁶⁹⁹ Brunel, o. cit., p. 339.

⁷⁰⁰ Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 49.

⁷⁰¹ *Ibidem*, p. 50.

⁷⁰² Caimari, *Apenas un delincuente*, pp. 42, 43.

podríamos agregar el manicomio, pasó a ser un agente transformador.⁷⁰³ 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*”.⁷⁰⁴ El enfermo 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.

⁷⁰³ Los defensores de la laborterapia penitenciaria insistieron en las bondades de la cárcel, entendida como un espacio de castigo, pero también regenerador de aquellos que cometían delitos. En 1878 Miguel Jaume y Bosch, justificando la existencia de un Taller Nacional, planteó la necesidad de recurrir al trabajo como un elemento purificador y una alternativa de regeneración moral. De acuerdo a este tipo de afirmaciones la cárcel (u otros ámbitos como los recintos educativos), podían transformar a los individuos que habían mostrado mala conducta. Miguel Jaume y Bosch, *El Taller Nacional y la Pena de Muerte*, Montevideo, s/d, 1878, AGN, Colección de Folletos Uruguay, n.º 266, p. 40. La misma concepción planteó la comisión nombrada por el Poder Ejecutivo para redactar el Código Penal y reorganizar el sistema penitenciario. Según el informe presentado el 20 de noviembre de 1882, por Joaquín Requena, Ildefonso García Lagos, Carlos de Castro y Enrique Azarola, y avalado por Máximo Santos y Manuel Herrera y Obes, planteó que en las penitenciarias el trabajo no debía ser “*duro o penal, sino industrial, adecuado a las fuerzas y aptitudes de los penados, quienes serán reunidos en grupos de 15 o 20 para el aprendizaje de una misma industria*”. La intención era suplir el castigo del cuerpo por una modalidad que permitiera cubrir los gastos del recluso en el establecimiento y al mismo tiempo formar un fondo de beneficio que se le entregaría luego de su liberación. En ese sentido la comisión fue explícita al sostener que “*el sistema aconsejado se propone alcanzar la represión y regeneración moral de los condenados*” mediante “*el aislamiento durante un espacio de tiempo relativamente tolerable, que no sea fatal a la salud y a la acción de las fuerzas morales del hombre*” “*que le induzca al recogimiento y a la reflexión sobre su pasado*” y luego “*por los estímulos del trabajo industrial*”. A través de una “*disciplina reformadora*” los presos podían “*corregir sus vicios y crear hábitos de orden y trabajo que los alejen de la reincidencia*” en el delito y por ende del “*mal*”. “*Penitenciaria. Aprobación del sistema que ha de adoptarse para la construcción de aquella en la República*”. *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Manuel A. Criado, 1882, vol. VIII, pp. 296-309. La discusión sobre la creación de “*colonias agrícolas*” se orientaba en ese sentido. Al respecto, el diario minuano *La Unión* planteaba en 1881 que este tipo de recintos podía “*albergar en su seno los elementos depravados de las ciudades populosas*”. *La Unión*, Minas, 29 de mayo de 1881, “*Colonias de corrección* [editorial], p. 1. También véase Segundo Posada, *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.

⁷⁰⁴ Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 24.



“Las locas en misa”: “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”. Tomado de *La Ilustración Uruguaya*, 15 de noviembre de 1883

Brunel consideró esa práctica como 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*” para lo que cursó “*circulares a varias personas de la Capital y se han conseguido algunos volúmenes*”.⁷⁰⁵ Desconocemos cómo siguió funcionando ese lugar, si bien la intención de formarla expresa la preocupación entre médicos, religiosos y administradores por “ilustrar” a los internos, no solo por enfermos sino también por pobres y, usando una expresión de época, “*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, pero también permite ver el convencimiento del cuerpo médico sobre su función educativa. Según Rodríguez, quien seguía las propuestas de los psiquiatras y

⁷⁰⁵ “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 wnero de 1881”, en AGN-HA-MSP-HCM, libro 4842, f. 131.

médicos europeos, era imprescindible la participación de los *savants* de la salud en las instituciones educativas, en especial en primaria.⁷⁰⁶ 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 garantizando [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 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.*⁷⁰⁷

No se trataba por lo tanto solamente 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.⁷⁰⁸ 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*”.⁷⁰⁹ 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 aspiran todos los normales*”.⁷¹⁰

Las “*escuelas para retardados*” buscaban cumplir con dos objetivos: brindar a los niños aquejados de idiocias 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*”.⁷¹¹

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*”,

⁷⁰⁶ Sobre Argentina, Ferro, o. cit., pp. 74-108.

⁷⁰⁷ Rodríguez, “Educación médico-pedagógica...”, pp. 46, 47.

⁷⁰⁸ Paysée, “Un informe...”, cit., p. 36.

⁷⁰⁹ Rodríguez, “Educación médico-pedagógica...”, pp. 46, 47.

⁷¹⁰ Ídem.

⁷¹¹ Ibídem, p. 48. La misma posición defendió el director de la Colonia de Menores Vicente Borro para que los menores anormales fueran expulsados del reformatorio. Vicente Borro, *La delincuencia en los menores. Causas-remedios. Bosquejo presentado [en 1911] 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. 49-53.

sino los niños que “*se han caracterizado desde su entrada a la existencia, por circunstancias que no son normales*” “*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*”.⁷¹² 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

*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.*⁷¹³

Esto incluía también 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*”.⁷¹⁴

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 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 menores de edad 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*”.⁷¹⁵

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

⁷¹² Etchepare, “Educación de los niños...”, cit., p. 208.

⁷¹³ *Ibidem*, pp. 209, 210.

⁷¹⁴ *Ídem*.

⁷¹⁵ Castro, tomo 1436, cit., fs. 299, 300.

muchas veces a cometer actos violentos 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*”.⁷¹⁶ 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.⁷¹⁷

Todavía en 1914 Santín Carlos Rossi (quien en la década de 1930 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*”.⁷¹⁸

En suma, los menores 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 aislamiento⁷¹⁹

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”.⁷²⁰

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 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 pedían al Juez que concurriera “*personalmente a este Manicomio para verificar dicho interrogatorio, a semejanza de los que hacen los Sres. Jueces del Crimen y Correccional con los prevenidos, heridos o imposibilitados físicamente 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*

⁷¹⁶ Beltrán, *Cuestiones sociológicas...*, p. 70.

⁷¹⁷ Borro, o. cit., pp. 21, 22.

⁷¹⁸ Rossi, *El alienado...*, p. 53.

⁷¹⁹ No trataremos aquí el caso de los alienados criminales que abordaremos en un apartado específico.

⁷²⁰ Brunel, o. cit., p. 339.

interrumpir su plan de curación debe continuar aislado, separado del mundo o medio exterior donde contrajo su enfermedad, mientras esta no desaparezca".⁷²¹

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 atándolo a los bordes de la cama, incluso por períodos prolongados,⁷²² con el argumento de que "*el alienado es primero un enfermo que requiere observación continua y asistencia en cama*".⁷²³ Esta situación no siempre era bien recogida por los internos. Por ejemplo, en 1904 Etchepare recibió una carta firmada por dos hermanas (cuya historia de "locura comunicada" ya analizamos) que 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.⁷²⁴

Asimismo, separar al individuo de su entorno social más cercano abría las puertas para el programa de resocialización, ya que alejaba al paciente 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*", 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 domiciliar sería menos costosa para el Estado, se buscaba llevar la cura al cuarto del necesitado y no trasladar a este al nosocomio*".⁷²⁵ 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.⁷²⁶

Los reclamos presentados ante los juzgados civiles en las que se solicitaba autorización para contactarse con un paciente son elocuentes en ese sentido, ya que los familiares reclamaban poder ver al interno o 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. ¿Quiénes 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 debemos llevarles el bien, escudándonos en la valiente declaración de*

⁷²¹ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, fs. 157, 158.

⁷²² Rossi, *El alienado...*, p. 39.

⁷²³ *Ibidem*, pp. 67, 68.

⁷²⁴ Etchepare, "Locura comunicada...", cit., p. 416.

⁷²⁵ Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 23.

⁷²⁶ 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. "*La asistencia familiar conviene a muchos enfermos crónicos, dementes incurables viejos o jóvenes, débiles mentales, algunos epilépticos, imbéciles e idiotas, así como psicasténicos, neurasténicos y melancólicos no suicidas, cuando es posible sospecharlos tales, y a muchos con psicosis intermitente, hipomanías, parálisis generales, así como se puede extender a otros casos agudos o agudizados*". 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.

*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, la primera etapa de una afección mental tiene por escenario el ambiente familiar”.*⁷²⁷

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 a escala mundial, una defensa irrestricta del aislamiento absoluto. Por el contrario, plantearon la posibilidad de establecer 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.⁷²⁸

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*”.⁷²⁹ 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*”.⁷³⁰ Según Santín Carlos Rossi, los elementos característicos de “*una colonia de alienados*” en el medio

⁷²⁷ Rossi, *El alienado...*, pp. 14, 15.

⁷²⁸ 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*. El asilo ideal de Browne se resume en estos breves fragmentos: “*Imaginemos un edificio amplio parecido al palacio de un noble, airoso, elevado, elegante, rodeado de extensos y exuberantes terrenos y jardines. El interior se distribuye en galerías, talleres, salas de música. La luz del sol y el aire pueden entrar por cada ventana, la vista de los arbustos, los campos y los grupos de trabajadores no queda obstruida por contraventanas y barrotes; todo luce limpio, sosegado, atractivo [...]. En esta comunidad no hay ni forzamientos ni cadenas, no hay látigos ni castigo corporal, simplemente porque queda probado que estos tienen menos sentido que la persuasión, la emulación y el deseo de gratificación.*” Citado por Porter, o. cit., p. 118. En el Río de la Plata la discusión estaba presente al menos desde fines del siglo XIX. Véase “El Asilo de las Mercedes y la Colonia de Alienados”, en *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 20 de mayo de 1899.

⁷²⁹ Crovetto, o. cit., p. 25.

rural serían la “ausencia de muros, de galerías cubiertas, de barrotes y fosos” y el fin del hacinamiento, ya que 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”.⁷³¹

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.⁷³² 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 San José, lindero con Montevideo.⁷³³ En diciembre de 1912 fueron trasladados los primeros cien pacientes crónicos.⁷³⁴ 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”.⁷³⁵ 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.⁷³⁶

Lejos de cualquier interpretación bucólica, los manicomios-colonias rurales eran una reafirmación de la disciplina y del orden que obligó a los pacientes al trabajo (en especial en tareas rurales).⁷³⁷ A decir de Goffman, eran “instituciones totales” “híbridas” “en parte comunidad residencial y en parte organización formal”.⁷³⁸ 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 la terapéutica racional de las afecciones mentales”.⁷³⁹ 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

⁷³⁰ El mismo sistema se comenzó a aplicar en Argentina. Al respecto véase *Caras y Caretas*, 20 de mayo de 1899: “El Asilo de Las Mercedes y la Colonia de Alienados”.

⁷³¹ 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*, Montevideo, enero de 1912, año VI, n.º 3, p. 8.

⁷³² Lamentablemente, la colonia de Santa Lucía (o Etchepare, como se la conoce popularmente tras la redenominación que obtuvo luego del deceso del reconocido psiquiatra) no cuenta con un archivo propio y son escasas las referencias existentes en otros repositorios documentales.

⁷³³ Véase la exposición de Santín Carlos Rossi, en “La Colonia de Alienados de Santa Lucía...”, cit.

⁷³⁴ En junio de 1911, y a consecuencia de la sobrepoblación del Manicomio, la dirección de la Asistencia Pública resolvió realizar un primer traslado de internos a “la antigua colonia de vacaciones de Punta Carretas”. “La colonia de alienados”, en *La Semana*, Montevideo, 17 de junio de 1911, s/n.

⁷³⁵ Ibid. La propuesta original también construiría un nuevo asilo de alienados en el departamento de Colonia, proyecto que no se concretó. Al respecto véase *El Día*, 7 de marzo de 1913, p. 8.

⁷³⁶ Arduino, Ginés, art., cit., p. 1.

⁷³⁷ Si bien carecemos de datos, podríamos pensar que los primeros pacientes enviados tenían habilidades para tareas rurales o en oficios relacionados a las labores agrícolas. En Argentina tuvo lugar un fenómeno de características similares. Véase Bassa, o. cit., p. 129.

⁷³⁸ Goffman, o. cit., p. 25.

⁷³⁹ Rossi, “Colonias de alienados...”, p. 7.

inaguración de la colonia solo buscó ser una “*medida de ‘salvataje’ ante la superpoblación del Manicomio Nacional*”.⁷⁴⁰

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 de una internación a largo plazo o de por vida. Asimismo, asumir la cronicidad era una forma de sostener que algunas enfermedades psiquiátricas 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*”, “*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*”.⁷⁴¹ 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*”,⁷⁴² 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*”.⁷⁴³ Su “*sueño*” era “*un pueblo de colonos laboriosos, que emplearán las desviaciones de su inteligencia en una obra útil á la sociedad que los recluye*”.⁷⁴⁴

Si en la readaptación “*el enfermo recae, debe volver a la sección hospital*”. De lo contrario, “*volverá al medio social*”,⁷⁴⁵ lo que era parte de las preocupaciones del profesional. 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—*”.⁷⁴⁶ 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

⁷⁴⁰ Arduino, Ginés, art., cit., p. 1.

⁷⁴¹ *Memoria de la Asistencia Pública*, p. 181.

⁷⁴² Rossi, “*Régimen de convalecencia...*”, cit., pp. 630, 631.

⁷⁴³ Ídem.

⁷⁴⁴ Rossi, “*Colonias de alienados...*”, p. 9.

⁷⁴⁵ Rossi, *El alienado...*, p. 39.

⁷⁴⁶ *Ibidem*, p. 106.

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 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.⁷⁴⁷

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 que 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*”.⁷⁴⁸ 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.*⁷⁴⁹

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 niveles de reincidencia.⁷⁵⁰ Para el tramo cronológico 1893-1897, según Enrique Castro, las reincidencias oscilaron entre el 14 y el 20 % sobre el total de pacientes curados.⁷⁵¹

Altas médicas anuales

⁷⁴⁷ Rossi, *El alienado...*, pp. 106, 107.

⁷⁴⁸ *Ibidem*, p. 69.

⁷⁴⁹ *Ibidem*, pp. 111, 112. 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 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*”. Castro, tomo 1436, cit., f. 104.

⁷⁵⁰ Además faltan 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 constituye una liberación pero contribuye a un número global sobre los enfermos salidos del establecimiento.

⁷⁵¹ Castro, tomo 1436, cit., fs. 223, 224.

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. Sus establecimientos y servicios*, o. cit., pp. 116, 117; *La Asistencia Pública Nacional*, 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*”), y 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*”.⁷⁵² El mismo médico destacó la inconveniencia de un hospital montevideoano en 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 presten a los alienados los primeros cuidados, a semejanza de las salas de auxilio y hospitales para afecciones comunes*”.⁷⁵³ 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*”,⁷⁵⁴ 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. “*El aumento de estos cuartos se impone señor director porque muchas veces hay la necesidad imperiosa de recluir en un solo cuarto hasta dos y tres alienados para que no agiten a los demás lo que da lugar a que aquellos que se ha tratado de asilar se lastimen y maltraten*”.⁷⁵⁵

Conclusiones

⁷⁵² Rossi, *El alienado...*, p. 40.

⁷⁵³ *Ibidem*, p. 43.

⁷⁵⁴ *Ibidem*, p. 44.

⁷⁵⁵ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 21 de febrero a 20 de octubre de 1908, f. 132.

En este capítulo mostramos algunos rasgos que presentó la evolución de las propuestas terapéuticas. 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), 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. A ello se añadiría la adopción de la *laborterapia* como una función disciplinadora, mismo objetivo que perseguían la educación y la participación de los internos en algunos rituales religiosos del catolicismo. En ese punto 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, 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.

Como planteamos con anterioridad, 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 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 Olachéa 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”*.⁷⁵⁶ 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, se conectaban con las propuestas de reforma social que atravesaron a 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

⁷⁵⁶ Olachéa, art., cit., p. 449.

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*” y que habría marcado el ritmo institucional desde mediados del siglo XIX y pronunciado aún más con el fin de los conflictos bélicos de envergadura.⁷⁵⁷ 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.

⁷⁵⁷ Diego Armus, “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”, en Mirta Lobato, (dir.), *El progreso la modernización y sus límites*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2000, vol. V. Nueva Historia Argentina, pp. 507-551.

III. Señalar

Capítulo 6

Las causas morales de la locura

Introducción

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 cómo y de qué manera los médicos psiquiatras fueron ganando legitimidad a través de distintos proyectos de reforma social y la divulgación de su saber en publicaciones periódicas que destinaran 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.⁷⁵⁸ Las tasas descendentes de mortalidad, la ampliación de la cobertura médica, 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 estudiaremos las campañas para combatir una práctica que, como decía un artículo científico del período, “*amenaza la raza.*”⁷⁵⁹

En segundo lugar estudiaremos la sexualidad del período, en especial la que se consideraba excesiva –la prostitución– o las actitudes “invertidas” como ser masturbación u homosexualidad. Los psiquiatras mostraron mucha preocupación por los estados patológicos que entendieron eran consecuencia del exceso de sexualidad, por caso la prostitución, o de la inversión. En este tipo de casos mostraron preocupación por las causas orgánicas (ginecomastía, reducción testicular, etc.) pero consideraron que cualquier conducta sexual desviada era una consecuencia del vínculo entre una predisposición y el terreno social patógeno que permitía a una persona no controlar 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

⁷⁵⁸ Armus, “El descubrimiento...”, o. cit., pp. 546, 547.

⁷⁵⁹ “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*, Montevideo, octubre de 1909, año IV, n° 36, p. 520.

colectivos políticos que no comulgaron con el ideario acrata pero que también cometieron atentados o desconocieron a los partidos Nacional y Colorado. En este último punto trabajaremos con los intentos de asesinato contra 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 en el 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, las opciones políticas, sirvieron para combinar las causas orgánicas y las llamadas morales. Como vimos, Morel —luego junto a 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 ulteriores 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.⁷⁶⁰

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,

⁷⁶⁰ *Les Dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, París, 1895, citado por Huertas García-Alejo, art., cit., p. 365.

que profundizaron en 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*”⁷⁶¹ que, podríamos agregar, atravesó a todas las orientaciones ideológicas, que solo se distinguieron por los aspectos en los cuales ponían los énfasis. Sostiene Armus que “*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*”.⁷⁶²

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, la “*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*”.⁷⁶³ De este modo, la higiene también se convirtió en una fuerza disciplinante y contribuyó en 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*”.⁷⁶⁴

En procura de prevenir posibles enfermedades mentales, los médicos montaron distintos dispositivos con ánimo de promover hábitos y prácticas saludables. 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*”.⁷⁶⁵

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

⁷⁶¹ Armus, “El descubrimiento...”, o. cit., pp. 528, 529.

⁷⁶² Armus, *La ciudad impura*, pp. 217, 218. También véase Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005, pp. 45-47.

⁷⁶³ Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. III, p. 227. En la elaboración de este apartado también hemos utilizado las consideraciones de Caimari, *Apenas*.

⁷⁶⁴ Alfredo Giribaldi, “Sobre establecimientos para los criminales alienados”, en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, Montevideo, 15 de julio de 1905, año II, n.º 21, p. 329.

⁷⁶⁵ Legnani, *Ensayos*, cit., p. 28.

recurrente en los hombres 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, las políticas sanitarias y el disciplinamiento individual y colectivo. La higiene y el derecho a la asistencia pasaron a ser problemas colectivos, públicos (por ende no religioso 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 dominante⁷⁶⁶, 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 que debía garantizar un tratamiento, en lo posible una cura, y la contención. Ese poder ético debía regular comportamientos privados que también lesionaban al cuerpo social y promover el *self control* (o “*autodefensa*” si usamos el término sugerido por Mateo Legnani). Sobre esa base se afincó la capacidad de los médicos para inmiscuirse en asuntos que en las primeras seis o siete décadas del siglo XIX 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*”.⁷⁶⁷ Estos profesionales pasaron a ser guardianes no solo de la “*anormalidad*” de los pacientes, sino de la normalidad social, del orden vigente.⁷⁶⁸ Atacar las causas sociales también 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 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 inmunice a las razas del porvenir.*⁷⁶⁹

⁷⁶⁶ Véase por ejemplo Cheroni, o. cit., pp. 36-43.

⁷⁶⁷ Rossi, *El alienado*, p. 25.

⁷⁶⁸ Foucault señaló que “*la gran familia indefinida y confusa de los “anormales” que atemoriza de forma obsesiva a las gentes de finales del siglo XIX no señala simplemente una fase de incertidumbre o un episodio un tanto desafortunado de la historia de la psicopatología, sino que constituye un fenómeno que esta íntimamente relacionado con todo un conjunto de instituciones de control, con toda una serie de mecanismos de vigilancia y de distribución del orden.*” Foucault, “Los anormales”, art., cit., p. 61.

⁷⁶⁹ Rossi, *El alienado*, p. 5.

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 obligatoria⁷⁷⁰—, 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 vinculó a las mejoras en las condiciones laborales y a la necesidad de descansar el cuerpo y la mente—. A decir del abogado Ramón 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*”.⁷⁷¹ 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*”.⁷⁷²

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, sólo 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 a 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*”⁷⁷³

⁷⁷⁰ Desde fines del siglo XIX (el primer proyecto databa de 1881) y hasta enero de 1910 se discutió públicamente sobre la obligatoriedad de la vacunación contra la viruela. Finalmente, en 1911 el gobierno reglamentó la vacunación obligatoria para los alumnos y el personal docente y no docente de las escuelas públicas. La medida generó movimientos a favor y en contra que polemizaron públicamente y organizaron manifestaciones. Véase Washington Buño, *Historia de la vacunación antivariólica*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1986.

⁷⁷¹ 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.

⁷⁷² “Nuestros propósitos”, en *Natura. Revista mensual para la propaganda del método natural de vida: higiene-temperancia-vegetarianismo*, enero de 1904, año I, n.º 1, pp. 4, 5. Subrayado nuestro.

⁷⁷³ “El alcoholismo mental...”, en *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, n.º 36., 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.

‘Alcoholismo’ fue un concepto acuñado en 1852 por el sueco Magnus Huss, que proporcionó el primer modelo de enfermedad psiquiátrica degenerativa pero que combinaba lo fisiológico con lo moral.⁷⁷⁴ Durante el siglo XIX fue Magnan el principal estudioso del alcoholismo y de sus causas y sus consecuencias sobre la población.⁷⁷⁵ A mediados del siglo XXI el consumo excesivo de alcohol comenzó a ser considerado una enfermedad por los alienistas.

¿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.⁷⁷⁶ Los alcoholistas eran enfermos psiquiátricos o mostraban un terreno patógeno para despertar algún tipo de enfermedad mental.

En 1892, el abogado Juan Giribaldi Hégy, en un argumento interesante porque negó la diferencia entre las razas, sostuvo que

*siendo el hombre de idéntica constitución fisiológica en la multiplicidad de sus razas, los efectos del alcohol sobre el organismo humano forzosamente tienen que ser iguales en todas partes, como asimismo lo es la acción de los diversos productos tóxicos que la química viene descubriendo de continuo.*⁷⁷⁷

El mismo año, 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*”.⁷⁷⁸ 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*”.⁷⁷⁹ 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*”.⁷⁸⁰ 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*

⁷⁷⁴ Porter, o. ci., p. 145.

⁷⁷⁵ Huertas García-Alejo, art., cit., p. 362.

⁷⁷⁶ Teófilo Gil, *La embriaguez en sus relaciones con la imputabilidad. Tesis presentada a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales para optar el doctorado en jurisprudencia*, Montevideo, Tipográfica a Vapor de La España, 1884, pp. 27, 28.

⁷⁷⁷ Juan Giribaldi Hégy, *El alcoholismo ante el Derecho penal. Tesis presentada por Juan Giribaldi Hégy para optar al grado de Doctor en Jurisprudencia*, Montevideo, Imprenta Artística y Librería de Dornaleche y Reyes, 1892, p. 9.

⁷⁷⁸ Ylla, o. cit., p. 76.

⁷⁷⁹ Giribaldi, o. cit., pp. 102, 103.

⁷⁸⁰ Colombi, o. cit., p. 31.

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”.⁷⁸¹ Misma posición defendió en 1915 Santín Carlos Rossi.⁷⁸²

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”, mientras que la segunda, la que debían atacar las instituciones públicas, era 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 y morales” y un “proceso orgánico” capaz de desarrollarse aun sin el consumo de alcohol y que podía provocar estados psicopatológicos.⁷⁸³

Santín Carlos Rossi dividió a los alcoholistas en tres tipos. 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 alcoholista se podía clasificar a su vez entre 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”.⁷⁸⁴ 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”.⁷⁸⁵

En 1898 Enrique Castro sostuvo que entre el 12 y el 20 % de los ingresos anuales al manicomio se debían a causas de alcoholismo.⁷⁸⁶ 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).⁷⁸⁷ La cifra descendía

⁷⁸¹ Washington Beltrán, *Cuestiones sociológicas. Lucha contra la criminalidad infantil. Artículos periodísticos y discursos*, Montevideo, Cámara de Representantes, 1990 [1910], pp. 69, 70.

⁷⁸² Santín Carlos Rossi en Prólogo a Legnani, *Ensayos*, cit., p. XI.

⁷⁸³ Giribaldi Héguy, o. cit., pp. 9, 10.

⁷⁸⁴ Rossi, *El alienado*, pp. 53, 54.

⁷⁸⁵ Bernardo Etchepare, “La lucha contra el alcoholismo”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1913, vol. XV, pp. 12, 13. Se trata de un fascículo publicado como anexo al n.º 15 de la revista.

⁷⁸⁶ Castro, tomo 1436, cit., f. 426.

⁷⁸⁷ En Argentina, según las cifras proporcionadas por Ablard para el Hospicio de las Mercedes, el promedio de ingresos por alcoholismo tuvo un pico en 1901 con 57% y descendió a 45% en 1910. Ablard, *Madness...*, p. 208.

significativamente para las mujeres alcoholistas, que eran solo el 2,62 % del total de ingresos anuales (que en todo el período no pasaron de doscientos).⁷⁸⁸ 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 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”.⁷⁸⁹ 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”.⁷⁹⁰

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.*⁷⁹¹

⁷⁸⁸ Etchepare, “El alcoholismo mental...”. 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. “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.” Tomado de Rosario Peyrou, “María Eugenia Vaz Ferreira. Su paso en la soledad”, en AAVV, *Mujeres uruguayas. El lado femenino de nuestra historia*, Montevideo, Alfaguara, 1997, p. 197. Subrayado nuestro.

⁷⁸⁹ Etchepare, “El alcoholismo mental...”, p. 2. “Y es de lamentar que el obrero vaya al médico cuando ya un estado patológico está en marcha con síntomas graves. Es de ver cómo discute el origen de su mal, pues alega siempre que no se emborracha, siendo apoyado su dicho por la familia con el calor de quien defiende un punto de honra. Y no es poca su sorpresa cuando se le dice que hubiera sido, quizá, preferible que se hubiera emborrachado, porque habría retrocedido en el camino.” Etchepare, “El alcoholismo mental...”, p. 10.

⁷⁹⁰ Los casos de ancianos alcoholistas eran escasos, porque la mayoría no superaba el umbral de los cincuenta años, lo mismo que el consumo entre los niños. Etchepare, “El alcoholismo mental...”, p. 12.

⁷⁹¹ “El alcoholismo mental...”, en *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, n.º 36.

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 alcoholica es doble, es convergente, entonces la herencia es casi fatal”.⁷⁹² 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.⁷⁹³

Sin embargo, había una elevada proporción de alcoholistas entre los solteros, en especial hombres, para quienes “la falta de un ambiente fundamental de orden cual es el hogar propio y la progenitura, hacen que la tentación a la alcoholización sea menos resistida”.⁷⁹⁴ En el apartado siguiente ahondaremos en las consideraciones de Brunel sobre el matrimonio pero, como veremos, a lo largo de todo el período no disminuyó la función de “estabilidad” brindada a los enlaces, siempre que se dieran entre personas que no presentaban ningún tipo de estado mórbido.

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 ser su presencia. 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”.⁷⁹⁵ 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. La educación los salvaría, pues era “una fuente inagotable de placeres morales”.⁷⁹⁶

Misma posición defendió Santín Carlos Rossi, en el prólogo al 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, algunas noches por semana, nociones de arte, de ciencia, de geografía e historia en sus conservatorios, y veréis como pronto su conciencia se iluminará.”⁷⁹⁷

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

⁷⁹² *Ibid.*, p. 528.

⁷⁹³ Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 37.

⁷⁹⁴ Etchepare, “El alcoholismo mental...”, p. 15.

⁷⁹⁵ 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.

⁷⁹⁶ Etchepare, “El alcoholismo mental...”, p. 15.

⁷⁹⁷ Prólogo de Santín Carlos Rossi a Legnani, *Ensayos*, cit., p. x.

relación entre la ingesta y las enfermedades psiquiátricas, pero no sabían sobre las consecuencias en la patología general. En estos términos lo expresó el psiquiatra argentino Amable Jones en una publicación uruguaya, al sostener que 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*”.⁷⁹⁸ 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*” y que podía generar a una “*parálisis general alcohólica*”.⁷⁹⁹

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*”.⁸⁰⁰ Los mismos síntomas describió en 1908 Etchepare. En la última etapa de este estado “*el sujeto se vuelve discolo, pependenciero, 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.⁸⁰¹

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*” con “*suicidio y locura*”, relación utilizada por el catedrático José Irureta Goyena⁸⁰² para presentar las distintas “*condiciones doctrinarias de la irresponsabilidad*”.⁸⁰³

⁷⁹⁸ Amable Jones, “Psicosis alcohólicas”, en *Revista de los hospitales*, Montevideo, octubre de 1910, año III, tomo III, n.º 9, p. 285.

⁷⁹⁹ Etchepare, “El alcoholismo mental...”, pp. 4, 5.

⁸⁰⁰ García y Santos, o. cit., pp. 21, 22.

⁸⁰¹ Etchepare, “El alcoholismo mental...”, p. 3.

⁸⁰² Nació en 1874 y murió en 1947. Fue un destacado abogado penalista, codificador penal y redactor del Código de 1934, aún vigente. Referencias biográficas tomadas de Carlos Real de Azúa, *Antología del ensayo uruguayo contemporáneo*, Montevideo, Universidad de la República, 1964, vol. I, pp. 85-88.

⁸⁰³ Archivo de la Facultad de Derecho, Serie Expedientes de Secretaría, sub-serie planes de estudio, “Programa de Derecho penal 1.º curso” (presentado por el Dr. José Irureta Goyena y aprobado el 23 de diciembre de 1905), carpeta 19, p. 4.

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 1886⁸⁰⁴) 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.⁸⁰⁵

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).⁸⁰⁶ *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 reyertas, 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 cortaría ese mal que nosotros señalamos*”.⁸⁰⁷

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 mejicano Rafael de Zaya Enriquez, publicado a instancias de Pablo Antonini y Diez 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 consumo de alcohol, lo que los llevó, durante el mismo período, a encabezar una campaña contra la presencia de pulperías y los “mercachifles” que recorrían las estancias para vender diversos productos.

Zaya Enriquez 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, según el autor, “*congénita*” porque “*el ascendiente [ha] padecido de locura, epilepsia, histeria*” o se hubiera “*entregado al abuso de los alcohólicos*”, 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*

⁸⁰⁴ *Ley de abigeato de la República Oriental del Uruguay. Sancionada en 1882*, Montevideo, La Nación, 1882; “Juegos. Se prohíben los de azar, de suerte y fortuna”, 15 de junio de 1882, en *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay. Recopilación Cronológica por Matías Alonso Criado*, Montevideo, Manuel A. Criado, 1882, vol. VIII, pp. 83-93.

⁸⁰⁵ Véase al respecto: Foucault, *Vigilar y castigar*, p. 186 y p. 248.

⁸⁰⁶ Barrán, Nahum, o. cit., vol. I, p. 384.

⁸⁰⁷ *La Feria*, Mercedes, 5 de octubre de 1884, p. 1: “Pulperías de campaña” [editorial].

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".⁸⁰⁸ 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 "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.⁸⁰⁹

Los anarquistas participaron a través de distintas publicaciones de la campaña antialcoholista. En estos casos se vinculaba con los llamados a una vida saludable que, entendían, el consumo de alcohol no favorecía, pero 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 sastré" de tendencia anarquista, lo señaló en estos términos:

*El alcohol, al producir una excitación que no repara el organismo agotado, exajera [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 esa predispuesto a todas las enfermedades, que en él toman una gravedad 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.*⁸¹⁰

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.⁸¹¹

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".⁸¹² Durante todo el período considerado se repitieron las propuestas que pedían limitar la venta de alcohol,

⁸⁰⁸ Rafael de Zaya Enriquez "El alcoholismo agudo", en *Asociación Rural del Uruguay*, 28 de febrero de 1885, año XIV, n.º 4, pp. 107, 108.

⁸⁰⁹ *Ibidem*, p. 112.

⁸¹⁰ *Despertar. Publicación mensual de conocimientos generales, editada para la enseñanza popular por la sociedad de resistencia "Obreros Sastrés"*, octubre de 1905, año I, n.º 4, p. 32. Otro ejemplo puede verse en *Natura. Revista mensual para la propaganda del método natural de vida: higiene-temperancia-vegetarianismo*, octubre de 1904, año I, n.º 9 y marzo de 1908, año V, n.º 51. Esta revista también editó cuentos cortos en los que los personajes eran obreros que se alcoholizaban.

⁸¹¹ Véase por ejemplo *El obrero en calzado. Periódico defensor del gremio*, Montevideo, 1.º de diciembre de 1905, p. 1.

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*”.⁸¹³ Sin embargo, no siempre se logró aplicar medidas de este estilo, por lo que se volvió sobre ellas una y otra vez.

Una de las soluciones propuestas para el problema del alcoholismo era 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*”.⁸¹⁴ 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 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*”.⁸¹⁵ La misma posición adoptó el *Congreso Científico Latinoamericano* que se celebró en Montevideo 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*”.⁸¹⁶

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*”.⁸¹⁷ 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*”.⁸¹⁸ 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

⁸¹² José Velázquez, “¿La embriaguez es delito?”, en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, Montevideo, 30 de setiembre de 1898, año V, n.º 2, p. 24. El artículo se basa en el texto de Lombroso *Il vino nel delitto*. También véase R. P. M., “El alcoholismo, la locura y la criminalidad”, en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, Montevideo, 31 de octubre de 1899, año VI, n.º 4, p. 59.

⁸¹³ Ídem.

⁸¹⁴ García y Santos, o. cit., p. 21.

⁸¹⁵ *Ibidem*, p. 41. Fuera de nuestro período algunos de estos reclamos aún seguían vigentes, véase Joaquín de Salterain, *Contribución al estudio del alcoholismo en el Uruguay. Informe oficial presentado al Primer Congreso Médico Nacional, efectuado en Montevideo en abril de 1916*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1917.

⁸¹⁶ *Segunda Reunión del Congreso Científico Latino Americano...*, 1903, p. 405.

⁸¹⁷ Montero y Paullier, o. cit., p. 5.

⁸¹⁸ *Ibidem*, p. 50.

“la holgazanería”, “la deshonra”, “el robo” y “el crimen”, conductas anatémizadas 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 los 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”.⁸¹⁹ 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.⁸²⁰

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”.⁸²¹ 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”.

*He visto en las librerías de Lisboa un folleto vendido con éxito, que me ha parecido muy interesante. Se trata de una conversación sumamente amena y entretenida entre un médico y un jornalero, que tiene todo el sabor de una discusión, en que todos los argumentos presentados por el criterio popular son rebatidos de modo sencillo y verdadero, sin puerilidades, ni exageraciones, por el hombre de ciencia que abre los ojos del pobre engañado.*⁸²²

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 creación de un asilo especial para los alcoholistas y la sanción de una normativa que permitiera a la Asistencia Pública el tratamiento de quienes padecían el “hábito de beber [que] constituye una enfermedad mental” e incluso su retención en un asilo especial. 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.⁸²³ 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”.⁸²⁴

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,

⁸¹⁹ *Ibidem*, pp. 76, 77.

⁸²⁰ *Ibidem*, p. 77. Mayúsculas en el original.

⁸²¹ Etchepare, “La lucha contra...”, pp. 14, 15.

⁸²² *Ibid.*, pp. 16-18.

⁸²³ Rossi, *El alienado*, pp. 53-57.

⁸²⁴ Etchepare, “La lucha contra...”, pp. 10-12.

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 entendían era la necesaria actuación pública de los profesionales sanitarios. Esa actitud se replicó en las otras enfermedades sociales del período.

Urano,⁸²⁵ 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 las relaciones sexuales. 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.⁸²⁶ Ese discurso también 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 en 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*”.⁸²⁷ Esta actitud queda clara en la intervención de Santín Carlos Rossi:

*Ora, en fin, es la infancia delincuente y vagabunda, sobre la cual tiene su signo de interrogación el mañana incierto, o la nueva generación sobre la cual se cierne el fantasma de la imbecilidad, fragmentos humanos que purgan al margen de la sociedad el crimen que esta produjo en su seno, al forjar para la vida una célula agotada por las durezas de la lucha, o impregnada por Baco y la Venus pecadora.*⁸²⁸

Los psiquiatras se preocuparon por la homosexualidad, por la masturbación y la prostitución, a los 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 a 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.⁸²⁹

⁸²⁵ La expresión alude a la versión mitológica más conocida sobre la castración del dios griego Urano por su hijo Cronos. En el siglo XIX la expresión *Urning*, acuñada por el alemán Karl-Heinrich Ulrichs, fue utilizada por los círculos homosexuales.

⁸²⁶ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad*, Ciudad de México, Siglo XXI, 1998, vol. I, vigésimo quinta edición.

⁸²⁷ José Pedro Barrán, *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1990, vol. II, p. 225.

⁸²⁸ Rossi, *El alienado*, p. 4.

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.

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 con la vivencia de la intimidad y con el 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 punto también 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 acompañada por la necesidad de formalizar las relaciones de pareja a través de algún tipo de enlace (fuera civil, religioso, o ambos). El psiquiatra y criminólogo José Ingenieros⁸³⁰ sostenía que “*la actividad del cerebro debe siempre*

⁸²⁹ La historiografía uruguaya muestra notorias carencias en el estudio de la homosexualidad. Un trabajo significativo, y pionero en el área, es 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 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. También cabe destacar fuera de nuestro período pero parte de la escasa producción en la temática Federico Graña, Diego Sempol, “Salvar a la patria y a la familia. Dictadura, disidencia sexual y silencio”, en Soledad González Baica, Mariana Risso (comps.), *Las laurencias. Violencia sexual y de género en el terrorismo de Estado uruguayo*, Montevideo, Ediciones Trilce, 2012, pp. 85-104. Una crítica al análisis de Barrán en Diego Sempol, “Intimidad y (homo)sexualidad entre la empiria y la teoría social”, en *Revista de la Biblioteca Nacional*, Montevideo, 2013, vol. VIII, número monográfico dedicado a José Pedro Barrán, pp. 231-243. En el campo de los estudios literarios hay que destacar el trabajo de Carla Giaudrone, relacionado con el análisis de los modelos estético sexuales y los comportamientos homoeróticos de algunos poetas y poetisas del Novecientos. Véase Carla Giaudrone, *La degeneración del 900. Modelo estético-sexuales de la cultura en el Uruguay del Novecientos*, Montevideo, Trilce, 2005.

⁸³⁰ Resulta harto dificultoso sintetizar la vida de Ingenieros en pocas palabras, a riesgo de marginar aspectos biográficos. Giuseppe Ingegneros —quien luego cambió su nombre por el de José Ingenieros— nació en Palermo, Italia, pero emigró siendo niño con su familia a Argentina. Como estudiante secundario participó de movilizaciones políticas y en 1895 integró el grupo más cercano de Juan B. Justo, fundador del Partido Socialista, del que llegó a ser secretario. Estudió Derecho y Medicina, pero terminó solo la última de las carreras en 1900. Trabajó como médico psiquiatra y se desempeñó, por designación de José María Ramos Mejía como jefe de clínica de la Cátedra de Enfermedades Nerviosas. En 1902 asumió el cargo de director del Servicio de Observación de Alienados de la Policía y en 1907 del Instituto de Criminología. Además tuvo una vasta labor docente en la Universidad de Buenos Aires. Referencias tomadas de Salessi, o. cit.; Caimari, o. cit.; Paola Cortés Rocca, “José Ingenieros (1877-1925)” en Relics & Selves. *Iconographies of the National in Argentina, Brazil and Chile, 1880-1890*: <http://www.bbk.ac.uk/ibamuseum/texts/Cortes01E.htm>. Con relación a la importancia de Ingenieros en la Criminología, Lila Caimari sostiene que el médico tomó “*elementos de varios de los sistemas de clasificación existentes*” y “*diseñó una clasificación más, que acordaba importancia extraordinaria a las psicopatologías en el diagnóstico de peligrosidad*. Su propuesta imprimió un giro psiquiátrico y psicológico de largo plazo a los estudios argentinos del criminal delineando, además, un proyecto institucional que preveía la conexión fluida entre prisión y manicomio, así como el vínculo estrecho entre saberes criminológicos y psicológicos [...]. La nueva interpretación del delincuente, la ‘escuela

orientarse hacia un objetivo socialmente útil; lo mismo que la actividad sexual. La primera debe facilitar la vida de los individuos de la especie humana, que la segunda debe conservar”⁸³¹.

La tensión entre los sexos y la solución del matrimonio estaba presente en las consideraciones de Brunel, en 1862, cuando planteó que al llegar “*el hombre —no la mujer— 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*”.⁸³² 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.⁸³³ 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*”.⁸³⁴ 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*”.⁸³⁵ 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 perpetua de familia en familia por una serie fatal de transmisiones*”.⁸³⁶ En ese caso no importaban solo las relaciones homosexuales, sino también combatir la prostitución (“*lepra*” “*de las sociedades modernas*”).⁸³⁷

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*”.⁸³⁸ Sin embargo, los médicos 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.⁸³⁹ Expositor del pensamiento degeneracionista, en particular con su

psicopatológica, había nacido en la Argentina”. Caimari, *Apenas*, pp. 93, 94.

⁸³¹ José Ingenieros, *Dos páginas de Psiquiatría criminal*, Buenos Aires, Librería Bredhal, 1900, p. 6.

⁸³² Brunel, o. cit., p. 172.

⁸³³ Ídem.

⁸³⁴ *Ibidem*, p. 173.

⁸³⁵ *Ibidem*, p. 175. Aunque era imprescindible obstaculizar a los “*celos*” (“*obra de las tinieblas y un instrumento de muerte*”) que podían conducir al crimen, tal como afirmó un artículo publicado en *La Ilustración Uruguaya* en 1883. Según A. S., autor del texto, “*la especie es grosera*” pero “*en el caso de los maridos o los amantes que matan, encontraréis siempre algo que no es un amor exasperado*”, sino celos que podían conducir al asesinato de la persona amada o, como veremos, al atentado contra la propia vida. Las manifestaciones celosas variaban según las personas, por eso era algo imposible de prever, así como por “*la forma del cráneo*.” A. S., “Fisiología sentimental. Los celos”, en *La Ilustración Uruguaya*, Montevideo, 15 de agosto de 1883, año I, n° 1, p. 14. Todavía en 1906 los médicos se referían a los celos o a la “*pasión amorosa*” como una causal para la internación. Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 405.

⁸³⁶ Brunel, o. cit., pp. 180, 181.

⁸³⁷ *Ibidem*, p. 181.

⁸³⁸ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4842, fs. 2, 3.

⁸³⁹ Estamos ante una de las referencias ineludibles de los psiquiatras locales de nuestro período. Para su trabajo *El alienado*, Santín Carlos Rossi utilizó como referencia una versión en francés *Médecine legale*

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.⁸⁴⁰ De esta forma continuó con una línea de la Psiquiatría alemana que había iniciado Karl Westphal en la década del setenta del siglo XIX al estudiar casos de lesbianismo, para diferenciar la “anormalidad” adquirida de la congénita.⁸⁴¹ Estudios de este tenor se multiplicaron en todos los países europeos (Charcot y Magnan en Francia, por ejemplo pese a que le confirieron un rol preponderante a la “herencia mórbida”⁸⁴²). 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.⁸⁴³ No todos los médicos del período eran partidarios de la visión de la homosexualidad como una enfermedad y, como Havelock Ellis en Inglaterra, defendieron la atracción hacia el mismo sexo como una característica propia de la estructura psíquica de varias “razas”. Esto no evitó que se refiriera a los 38 casos de homosexuales que abordó como hombres que mostraban una “constitución anormal”. Asimismo, señaló que la “falta de repugnancia por las prácticas homosexuales” se daba sobre todo en las “clases bajas”.⁸⁴⁴

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.⁸⁴⁵ 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]*”.⁸⁴⁶

Como ya señalamos en el primer capítulo, la idea, por ejemplo, de “*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

des aliénes 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.

⁸⁴⁰ Recién en 1975 la American Psychiatric Association resolvió eliminar la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales. En los manuales de Psiquiatría, de Medicina Legal y de derecho de Uruguay la homosexualidad todavía figuraba como una enfermedad psiquiátrica hasta, al menos, la década del noventa del siglo XX.

⁸⁴¹ Foucault consideró a Westphal como quien acuñó la visión psiquiátrica de la homosexualidad. *Los anormales*, p. 158.

⁸⁴² Corbin, Perrot, art., cit., p. 552.

⁸⁴³ 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.

⁸⁴⁴ Havelock Ellis, *La inversión sexual*, Buenos Aires, Editorial Partenon, 1949 [1897], 2.º ed., pp. 7 y 19.

⁸⁴⁵ *Código Penal* artículos 278, 282, 283 y 287.

⁸⁴⁶ *La Voz del Norte*, 27 de febrero de 1882, p. 1.

persecución. Eran “*degenerados*” “*perjudiciales al equilibrio social*” contra los que la función policial debía ser más firme.⁸⁴⁷ 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.⁸⁴⁸

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*”.⁸⁴⁹ 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 del profesional, de “*un cerebro de hombre en un cuerpo de mujer*”.⁸⁵⁰ 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 el médico entendió que había una predisposición innata.⁸⁵¹ Para los psiquiatras europeos la masculinización de la mujer era una característica inequívoca de la *inversión*.⁸⁵²

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*

⁸⁴⁷ Giribaldi, “Sobre establecimientos...”, p. 329.

⁸⁴⁸ Un dato interesante sobre la ausencia de la homosexualidad como parte de los delitos carnales se desprende de la nota enviada por un grupo de vecinos del pueblo de Mercedes (departamento de Soriano) al ministro de Gobierno en 1831. En la misiva, que tenía por finalidad denunciar ciertos abusos del Jefe Político y Policial local, enumeraron los delitos carnales y solo mencionaron “*el incesto, el estupro y el adulterio*”, los cuales debían ser castigados con penas “*civiles*” y “*honrosas*”. Si bien no se trata de un texto jurídico, la reducción de ese tipo de delitos a esas tres situaciones da cuenta de una visión imperante. Por supuesto que ello no implica que, de todos modos, la homosexualidad fuera condenada. AGN, DAC, MG, caja 815, documento 493.

⁸⁴⁹ Etchepare, “Educación de los niños nerviosos”, p. 227. En esas consideraciones ingresaba el cuestionamiento a la relación sexual *per anum*, entre hombres pero también del hombre con la mujer (véase Ellis, o. cit., p. 21). En varias de las historias clínicas utilizadas podemos apreciar la preocupación de los facultativos por relaciones de ese tipo, a las que llamaban *contra natura*. Para Argentina véase Salessi, o. cit., p. 329.

⁸⁵⁰ Bernardo Etchepare, “Desequilibrio mental; hiperestesia e inversión sexual; sadismo, hermafroditismo [sic] psico-sexual; morfínomanía, mitridatización; histeria”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1906, vol. IX, p. 97. La historia clínica de la mujer en Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 283, f. 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 donde el individuo era abiertamente homosexual pero conservaban “*vestigios del instinto normal heterosexual*”. Ellis, o. cit., p. 38.

⁸⁵¹ Etchepare, “Desequilibrio mental; hiperestesia e inversión sexual...”, p. 97. La idea de que el cerebro ya se encontraba preparado para ello se descartó luego de la difusión de algunas ideas de Freud que se oponían a la “*inversión innata*” y al “*carácter universal de la inversión*”. Véase por ejemplo Sigmund Freud, “Tres ensayos de la teoría sexual” [1905], en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1978, vol. VII, en especial pp. 128-130.

⁸⁵² Y el hombre “*que se apasiona de una invertida, es, generalmente, de tipo femenino*”. Ellis, o. cit., pp. 135-138.

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 lamer los órganos genitales por un perro”.⁸⁵³ 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 caso, pero también vestirse con ropas del sexo opuesto) o por la sugestión de un tercero.⁸⁵⁴ 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 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 *Boccaccio*”.⁸⁵⁵ 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 frustradas de autoeliminación, que sin embargo acentuaron “más su carácter varonil”. Como ejemplo de las actividades que no correspondían a una mujer Etchepare señaló que 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

⁸⁵³ Desde fines del siglo XIX Freud, primero con Breuer y luego solo, relacionó la aparición de neurosis y traumas sexuales tempranos, previos a la pubertad.

⁸⁵⁴ En ese sentido, podríamos decir que no siguieron la idea del “invertido nato” propuesta por Lombroso (véase Salessi, ob. cit., pp. 264, 265). Krafft-Ebing sostuvo que la “sexualidad pervertida aparece unas veces espontáneamente con el desenvolvimiento de la vida sexual, sin la presencia de causas externas y como una manifestación individual de una modificación anormal de la vida sexual, en cuyo caso debe considerarse como un fenómeno congénito; o bien se desenvuelve como resultado de influencias especiales perniciosas que actúan sobre una sexualidad primitivamente normal, y en este caso es un fenómeno adquirido”. Citado por Ellis, ob. cit., p. 37.

⁸⁵⁵ Etchepare, “Desequilibrio mental; hiperestesia e inversión sexual...”, p. 93.

hacer blanco con frecuencia en las golondrinas [...] [y] en este momento anda con un revólver".⁸⁵⁶ Sin embargo, varios comentarios del facultativo nos permiten sospechar acerca del estado mental de la interna. Por ejemplo, señala 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 desmorfinización brusca".⁸⁵⁷

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".⁸⁵⁸ Las respuestas del aludido también se llenaron de términos propios de 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".⁸⁵⁹ 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.⁸⁶⁰ Asimismo, 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.*⁸⁶¹

La relación entre algunos conceptos o términos de la criminología positivista y las polémicas del período se vincula con 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.⁸⁶² 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

⁸⁵⁶ *Ibidem*, pp. 94, 95.

⁸⁵⁷ *Ibidem*, pp. 95, 96.

⁸⁵⁸ Roberto de las Carreras, "Personal/ Explicación de una silueta/ Acta en un acto/ Armandito Vasseur (Esfumino)", en *El Día*, 13 de junio de 1901, p. 1.

⁸⁵⁹ *El Tiempo*, 10 de junio de 1901, p. 1.

⁸⁶⁰ 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/d, 1901.

⁸⁶¹ *Ibidem*, p. 24.

⁸⁶² Ingenieros polemizó en 1903, sobre cuestiones literarias, con Roberto de las Carreras, quien además había sido uno de sus pacientes en el Instituto Frenopático Argentino. Sobre el incidente y el intercambio epistolar entre ambos véase Marcos Wasem, *El amor libre en Montevideo. Roberto de las Carreras y la irrupción del anarquismo erótico en el Novecientos*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental-Biblioteca Nacional, 2015, pp. 265-270.

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*”.⁸⁶³ 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 que 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*”.⁸⁶⁴

El rechazo a la homosexualidad atravesó a 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 por no respetar la “*moralidad*”,⁸⁶⁵ mientras que los anarquistas se pronunciaron contra el “*afeminamiento*” y la “*degeneración por exceso de goces*” que vivía la sociedad burguesa.⁸⁶⁶

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 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.*⁸⁶⁷

No siempre la homosexualidad se vivió como un torneo verbal como el que llevaron adelante Roberto 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*” se incorporaran al lenguaje científico y su consiguiente descripción como patologías orgánicas y sociales.

Al analizar la documentación producida dentro del manicomio no encontramos la remisión directa por “*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

⁸⁶³ *La Rebelión*, 31 de agosto de 1902, p. 2. Subrayado nuestro.

⁸⁶⁴ *Ibidem*. En su autobiografía Vasseur repasó su estadía en Buenos Aires y escribió la biografía de algunos de los socialistas más importantes de Buenos Aires pero no se refirió a Ingenieros. En el texto tampoco hay menciones a su supuesta homosexualidad. Álvaro Armando Vasseur, *Infancia y juventud*, Montevideo, Arca, 1969.

⁸⁶⁵ *El Siglo*, 8 de diciembre de 1895, p. 1.

⁸⁶⁶ *La Voz del Trabajador*, 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*, 3 de marzo de 1907, p. 2.

⁸⁶⁷ “*Venturita*”, en *Rojo y Blanco*, Montevideo, 17 de febrero de 1901, año II, n.º 8, p. 189.

psiquiátrica.⁸⁶⁸ 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.

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 de enero de 1895 hasta su liberación el 23 de mayo del mismo año.⁸⁶⁹ 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 pasara 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”.⁸⁷⁰ 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 siempre 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” y que debían “dictarse leyes penales” que permitieran desterrarlos.⁸⁷¹ 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” “pervvertidos sexuales” o “degenerados” sometidos a ese tratamiento “mejorarán moralmente”.⁸⁷²

⁸⁶⁸ B. P. S. internada el 24 de diciembre de 1894 a pedido de la familia porque “es de vida desarreglada” y ha tenido disgustos de familia”. Hospital Vilardebó, *Libro de Ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, f. 135.

⁸⁶⁹ Hospital Vilardebó, *Libro de Ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, f. 112 y f. 146.

⁸⁷⁰ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, f. 3.

⁸⁷¹ Antonio Turnes, *La sífilis en la Medicina. Una aproximación a su historia*, Montevideo, Ediciones Granada, 2007, p. 174.

⁸⁷² “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”, en Archivo del Ministerio de Relaciones Exteriores del Uruguay,

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*”.⁸⁷³

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*”.⁸⁷⁴ 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*”.⁸⁷⁵

Fondo Alberto Guani, caja 12, carpeta 7. La esterilización como forma de prevención del delito y para evitar la degeneración formaba parte de propuestas criminológicas a nivel mundial como vimos al hacer referencia al texto del psiquiatra italiano Angelo Zucarelli. La esterilización se aplicaba para enfermos psiquiátricos en Michigan; epilépticos en Texas; epilépticos, alcoholistas y sifilíticos en Massachussets; y pacientes con sífilis y gonorrea, epilépticos, alcoholistas, tuberculosos y enfermos psiquiátricos en Pennsylvania. Estas ideas se divulgaron, y encontraron muy buena acogida entre médicos y abogados argentinos. Ferro, o. cit., pp. 51-55.

⁸⁷³ “Informe médico-legal presentado en la causa del homicida A. G. por los doctores Alfredo Giribaldi y Enrique Castro”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1901, vol. IV, p. 62.

⁸⁷⁴ Legnani, *Ensayos de higiene social*, p. 68.

⁸⁷⁵ Ellis, o. cit., p. 160.

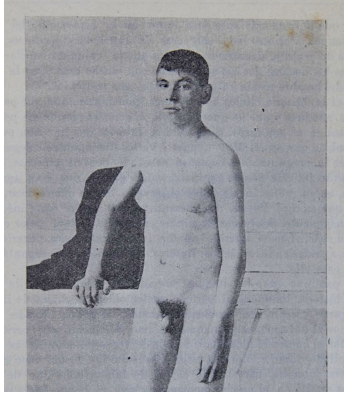


Imagen tomada de Juan Carlos Brito Foresti, “Un caso de ginecomastía”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1909, vol. XII.

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*”.⁸⁷⁶ 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 causas orgánicas de la inversión o 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 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 a 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.⁸⁷⁷ 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 semi-idiocia, pero, peor aún, 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 Joseph Moreau de Tours vinculó esta práctica con la homosexualidad, porque los homosexuales tenían menos oportunidades para satisfacer sus instintos sexuales y recurrían a la masturbación.⁸⁷⁸ En cierta medida podríamos pensar que para los médicos del período “inversión” sexual y masturbación tenían un

⁸⁷⁶ Juan Carlos Brito Foresti, “Un caso de ginecomastía”, en *Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, 1909, vol. XII, pp. 1-6.

⁸⁷⁷ Véase Barrán, *Historia de la sensibilidad*, vol. II, pp. 69, 70.

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.⁸⁷⁹

En el apartado dedicado al suicidio veremos el caso de Antonio Campodónico, quien tras un supuesto período de largo padecimiento optó 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 vicio había caído y se arruinó la salud*”.⁸⁸⁰ 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*”.⁸⁸¹ 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 entre “*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*”.⁸⁸² 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 sobre la primera. Según Nin y Silva, el “*onanista*” vivía en un estado permanente de “*confusión*” y “*desconcierto*”, así como “*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*”.⁸⁸³ Un ejemplo basta para pensar cómo podía repercutir en los jóvenes, o en sus padres, que vivían el proceso de represión sexual:

⁸⁷⁸ 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.

⁸⁷⁹ 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, Teresa Porzecanski, *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920*, Montevideo, Santillana, 1996, vol. II, pp. 174-199.

⁸⁸⁰ AGN-SJ, “Sumario instruido sobre suicido de Antonio Campodónico”, octubre 2/880, expediente n.º 122, f. 27.

⁸⁸¹ Francisco Berra, *Nociones de higiene*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1881, pp. 32, 33.

⁸⁸² 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*, Montevideo, Librería Americana de A. Monteverde y Cía., 1906, segunda edición, p. 9.

⁸⁸³ Idem, p. 41.

*Un joven del departamento de Montevideo se entregó creo que desde la pubertad, a la funestísima 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 idiotez; 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.*⁸⁸⁴

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).⁸⁸⁵

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.⁸⁸⁶ 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*”.⁸⁸⁷ Por eso era importante impulsar “*en las clases bajas, en donde la mujer es por excelencia ignorante*”, las ideas “*de bien, virtud y castidad*”.⁸⁸⁸ 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”.⁸⁸⁹

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*

⁸⁸⁴ *Ibidem*, pp. 44, 45.

⁸⁸⁵ La relación entre masturbación y enfermedad psiquiátrica siguió vigente en la Psiquiatría local al menos hasta la década de 1940. Véase Vomero, o. cit., y Nicolás Duffau, “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*, 2013 [inédito].

⁸⁸⁶ Fernández y Espiro, o. cit., p. 10.

⁸⁸⁷ *Ibidem*, p. 13.

⁸⁸⁸ *Ibidem*, p. 15.

⁸⁸⁹ Lombroso planteó ese punto de vista en *La Donna Delinvente*. Una posición similar mostraron Krafft-Ebing y Ellis.

desarrollo de la locura”.⁸⁹⁰ Esta posición 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 montevideano” donde se ubicaba la mayor parte de los prostíbulos.⁸⁹¹ 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 cancelos 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.⁸⁹²*

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 a 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”⁸⁹³), 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.⁸⁹⁴ 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.

⁸⁹⁰ Nin y Silva, o. cit., p. 123.

⁸⁹¹ Sobre el “bajo” montevideano véase Trochon, *Las mercenarias...*, pp. 207-231.

⁸⁹² *El tiempo viejo: cronistas y memorialistas* [selección, ordenación y títulos Carlos Real de Azúa], Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1968, p. 101. Subrayado en el original. También véase Antonio Ferrán, *La mala vida en el 900*, Montevideo, Arca, 1967.

⁸⁹³ El único texto del período en que se hace referencia de forma explícita a la educación es un artículo de Etchepare sobre la educación de los “niños nerviosos” publicado en 1916. Allí el psiquiatra sostuvo: “[L]a educación sexual que debe haber sido iniciada algún tiempo antes, no debe temerse. Es hoy muy raro que los niños y niñas de 10 y 12 años ignoren en absoluto los misterios de la sexualidad. Los conocen por múltiples conductos, es inevitable. Desgraciadamente, esos conocimientos vienen a menudo envueltos en una atmósfera de curiosidad malsana con fórmula de apetitos sensuales. Ese es el peligro. Es, pues, preciso combatir esa tendencia por medio de explicaciones hechas con tacto y prudencia. El médico puede hacer oír su voz persuasiva tanto como científica, y por lo mismo, sana y respetable. Esto es cuestión de tacto, según el carácter, la emotividad, las tendencias del niño. Pero en ningún caso si la enseñanza se hace bien, habrá inconvenientes. Al contrario, se enseñará de un modo la verdadera apreciación de la sexualidad con el significado natural que debe tener. Es esto tanto más necesario cuanto que, en estos niños, el instinto sexual suele carecer de freno, y hay que crearlo.” Etchepare, “Educación de los niños nerviosos”, pp. 226, 227.

⁸⁹⁴ Etchepare, “Anomalías del sistema nervioso...”.

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.⁸⁹⁵ La prensa también 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 montevideano *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*”.⁸⁹⁶

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, feos deformidades, parálisis incurables, la locura, cuando no la muerte.*⁸⁹⁷

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.*⁸⁹⁸

⁸⁹⁵ Sobre el sifilicomio montevideano tomamos los datos de Turnes, o. cit., pp. 160-169. Desde 1880 los organismos del Estado promulgaron diversas disposiciones para legislar sobre las casas de prostitución. Véase Trochon, *Las mercenarias...*, en especial pp. 85-123 y Mateo Legnani, *Discurso contra la ley de represión del proxenetismo. El abolicionismo y el reglamentarismo*, Santa Lucía, Empresa Caputi, 1924.

⁸⁹⁶ *La Razón*, 10 de abril de 1909, p. 1.

⁸⁹⁷ 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 a los prostíbulos.

⁸⁹⁸ Consejo Nacional de Higiene, pp. 5, 6.

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 sífilíticos llamados sífilomas, 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*”.⁸⁹⁹ 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 sífilíticos.

El problema, nuevamente, era la descendencia posible. Los hijos de sífilíticos 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*”.⁹⁰⁰

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*”.⁹⁰¹ 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*” y obraba “*sobre el cerebro*” y llegaba a “*desorganizar las facultades mentales, produciendo en ciertos casos ideas de suicidio*”.⁹⁰² 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 e 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.⁹⁰³ Como

⁸⁹⁹ *Ibidem*, p. 20. Francisco Soca, en su tesis de 1883, estudió, como ya apuntamos, la relación entre sífilis y distintos tipos de ataxias. Según el médico 91,26 % de los pacientes que tuvieron sífilis mostraban algún tipo de descoordinación motora. Soca, o. cit., p. 31.

⁹⁰⁰ Consejo Nacional de Higiene, o. cit., pp. 22, 23.

⁹⁰¹ *Ibidem*, p. 13.

⁹⁰² *Ibidem*, pp. 21, 22.

⁹⁰³ Uno de los máximos divulgadores de esta visión durante el período fue el médico alemán Paul Julius Moebius, 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

sostiene la historiadora Nerea Aresti “a lo largo del último cuarto del siglo XIX, la ciencia se convirtió en la forma de conocimiento más autorizada para explicar, justificar y perpetuar la supremacía masculina en todos los niveles de la vida social.”⁹⁰⁴ Esta “ola de radicalización misógina que recorrió la comunidad científica”⁹⁰⁵ 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.”⁹⁰⁶

El manual de Saenz y Criado sostenía que era más “repugnante” una “ninfomaniaca” 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 inmundo”.⁹⁰⁷ 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.*⁹⁰⁸

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”.⁹⁰⁹ La mujer debía ser un “aparato genital” pero con “todas las energías” en la reproducción de la especie.⁹¹⁰ 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 trece 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”.⁹¹¹

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 enfermedades psiquiátricas, sino también para refrendar un sistema de jerarquías sociales. En otras

para el trabajo intelectual, Moebius insistió en otros rasgos fisiológicos (como el peso del cerebro por caso) 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. Véase Nerea Aresti, “Pensamiento científico y género en el primer tercio del siglo XX”, en *Vasconia*, Bilbao, 1998, n° 25, pp. 53-62.

⁹⁰⁴ 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.

⁹⁰⁵ *Ibid.*

⁹⁰⁶ 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.

⁹⁰⁷ Saenz y Criado, o. cit., p. 175.

⁹⁰⁸ Bergalli, o. cit., pp. 596, 597.

⁹⁰⁹ Etchepare, “Los débiles mentales”, 1914, cit., pp. 282, 283.

⁹¹⁰ Legnani, *Ensayos*, 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.”

⁹¹¹ “Dr. Américo Ricaldoni...”, cit., p. 107.

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 perdido la “virginidad”.⁹¹²

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 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 seducir por los que solo buscan vuestra perdición! Sed más cautas si quereis ser felices*”.⁹¹³ Interesa al investigador cuestionarse si el escándalo público no 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? ¿El diagnóstico de “*delirio*” pudo ser 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, a las actitudes familiares, en algún sentido nos ayuda a comprender a 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 Bernardo Etchepare aporta otras pistas sobre prácticas de internación 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 mostraba una clara demencia y un estado maniaco 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.⁹¹⁴ 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.

⁹¹² MHN, Papeles del doctor Francisco Soca, Anotaciones y testimonios de carácter científico. Copia de trabajos sobre temas de Medicina, carpeta n.º 1863: “Sala ‘San José’ n.º 24. Violeta Rocha, 16 años, oriental, soltera, labradora. Viene de Rivera. Octubre de 1903.”

⁹¹³ *La Tribuna Popular*, 23 de junio de 1882, p. 1.

⁹¹⁴ Etchepare, “Puerilismo mental”, p. 68.

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.⁹¹⁵ En otro caso Santín Carlos Rossi destacó que uno de los problemas de la paciente a la que trató por un caso de 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*”.⁹¹⁶

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*”.⁹¹⁷ ¿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*”⁹¹⁸? ¿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*”?⁹¹⁹ 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 a la sociedad patriarcal, al poder médico y a lo que se esperaba de las mujeres.

“La plaga de los demoleedores europeos”⁹²⁰

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.⁹²¹ 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.

⁹¹⁵ Etchepare, “Locura comunicada...”, p. 409.

⁹¹⁶ Rossi, “Un caso de histero-traumatismo...”, p. 420. La paciente fue dada de alta y Rossi se permitió hacia el final del artículo una reflexión de sumo interés por su contenido higienista pero también por las consideraciones sobre el desarrollo de la “vida moderna” que, como veremos más abajo, fue otro problema atacado por los psiquiatras, higienistas y abogados. “*Triunfo de esta incidencia, y recobrará su libertad social de un día para otro; pero siente demasiado poderosamente la nostalgia del escenario y la casa de pensiones, para que tengamos la esperanza de que muerda en ella la medicación indispensable: ‘vida sencilla’ a dosis masivas —medicación indispensable, pero cada vez más incompatible— no sé si para naufragio o renovación de la especie— con la inquietud y el desorden de la vida contemporánea.*” Rossi, “Un caso de histero-traumatismo...”, p. 425.

⁹¹⁷ Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 80.

⁹¹⁸ *Ibidem*, f. 208.

⁹¹⁹ *Ibidem*, f. 318.

⁹²⁰ Consideraciones sobre el anarquismo publicadas en *La Razón*, 24 de abril de 1897, p. 1.

⁹²¹ Porter., o. cit., p. 145; Foucault, *Los anormales*, pp. 146-148.

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 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 al 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, el del primer ministro español Antonio Cánovas del Castillo en 1897, el de la emperatriz de Austria un año más tarde, el del rey italiano Humberto I de Italia en 1900 y el del presidente estadounidense William McKinley en 1901.⁹²²

La transición de fines del siglo XIX y comienzos del XX también 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 al anarquismo como un crimen contra el derecho internacional, medida apoyada, entre otros países, por Argentina.⁹²³ En 1902, 1907 y 1911 distintos acuerdos panamericanos permitieron la extradición de los anarquistas que habían cometido hechos violentos en un país, pero también facilitaron la expulsión de los elementos que, se presumía, podían perturbar el orden público.⁹²⁴

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*”.⁹²⁵ 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 en Uruguay 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 acratas 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.⁹²⁶ El historiador Patricio Geli puntualiza que la “*ansiosa*

⁹²² Según cifras del historiador inglés Paul Krepper, entre 1880 y 1914 los atentados anarquistas provocaron 150 y 460 heridos. Paul Krepper, *The Invention of International Crime. A Global Issue in the Making, 1881-1914*, Londres, Plgrave-Macmillan, 2010, p. 128. Según el mismo autor, los congresos penales internacionales que tuvieron lugar en Roma (1885), París (1889), Bruselas (1892), Génova (1896), Ámsterdam (1901), Turín (1906) y Colonia (1911) discutieron la situación del anarquismo internacional. Sabemos que una delegación uruguaya participó del III Congreso Penitenciario Internacional celebrado en Roma (AGN, Fondo Cárcel del Crimen, paquete 1884-1887, carpeta 9 [2 de mayo de 1885]) pero carecemos de datos sobre los otros encuentros.

⁹²³ Mercedes García Ferrari, *Ladrones conocidos/sospechosos reservados. Identificación policial en Buenos Aires, 1880-1905*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2010, p. 164.

⁹²⁴ Richard Bach Jensen, “The International Anti-Anarchist Conference of 1898 and the Origins of Interpol”, en *Journal of Contemporary History*, abril de 1981, vol. XVI, n.º 2, p. 331.

⁹²⁵ Eduardo Zimmermann, o. cit., pp. 126-149 (capítulo 6: “La criminología y la criminalización del anarquismo”).

⁹²⁶ Importa señalar que el anarquismo atravesó distintas tensiones internas en relación a algunos de los puntos más sobresalientes de su prédica, como ser por caso el uso de la violencia. Al repasar la prensa del

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”.⁹²⁷ 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 Argentina⁹²⁸) 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 sciuza illuminata die tanto dolore qui ura a consola.

Pietro Gori.

15 de diciembre de [18]99.⁹²⁹

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 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.⁹³⁰

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 política como parte de una neurosis más general. Para los psiquiatras de comienzos de siglo, 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,

período podemos apreciar que no todos los anarquistas celebraron los magnicidios o el uso indiscriminado de la violencia, del mismo modo que no todo estaban de acuerdo en la formación de estructuras políticas permanentes.

⁹²⁷ Patricio Geli, “Los anarquistas en el gabinete antropométrico. Anarquismo y Criminología en la sociedad argentina del 900”, en *Entrepasados*, Buenos Aires, 1992, vol. II, p. 18.

⁹²⁸ Representante legal del anarquista italiano Sante Caserio, asesino del presidente francés Sadi Carnot, debió partir al exilio en 1895. Gori llegó a Argentina en 1898 y permaneció hasta 1902. Se incorporó a los círculos anarquistas en los que tuvo una destacada actuación. Tampoco abandonó el ámbito de la criminología y fundó la revista *Criminología Moderna*, que reunió en sus filas, entre otros, a José Ingenieros y Juan Vucetich. Datos tomados de Pablo Ansolabehere, “El hombre sin patria: historias del criminal anarquista”, en Lila Caimari, (compiladora), *La ley de los profanos. Delito, justicia y cultura en Buenos Aires: 1870-1940*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007, p. 205; Martín Albornoz, “Pietro Gori en la Argentina (1898-1902): anarquismo y cultura”, en Paula Bruno, (coordinadora), *Visitas culturales en la Argentina. 1898-1936*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2014, pp. 23-47. Sobre su actuación en Uruguay (donde llegó a ser recibido por el presidente de la República Juan Lindolfo Cuestas en 1899) véase Daniel Vidal, *Florencio Sánchez y el anarquismo*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2010 (en especial el capítulo V “El padrinazgo del propagandista Pietro Gori y la consagración de la estrategia cultural, pp. 59-67); también Zubillaga, *Cultura popular*, varias páginas y la novela autobiográfica de Manuel de Castro, ambientada en la década del diez del siglo XX: *Oficio de vivir*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1959, pp. 147-149.

⁹²⁹ Hospital Vilardebó, *Manicomio Nacional. Visitantes*, f. 23

⁹³⁰ Véase José Pedro Barrán, Benjamín Nahum, *Batlle, los estancieros y el Imperio Británico*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1985, vol. VI, p. 373 y Caetano, *La República Batllista*, pp. 197-205.

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 Ordóñez.

El loco, por su conducta y su actitud y por desobediente, subvertía el orden social, mientras que el militante político revolucionario o violento también proponía, a su modo, la destrucción de ese mismo orden y la desobediencia a las autoridades.⁹³¹ 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*”.⁹³² Esta asociación que parece casual, escrita en tono costumbrista, se vincula sin embargo 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. El manual de Saenz y Criado, que formaba parte de la biblioteca del manicomio, establecía con claridad que “*el sentimiento de la propiedad es un principio necesario en la constitución de la sociedad*” y por ende eliminar ese sentimiento era una forma de atentar contra “*toda sociedad civilizadora*”.⁹³³

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 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.⁹³⁴ 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*” —siguiendo 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*”.⁹³⁵ 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

⁹³¹ Sin profundizar en la temática, Barrán elaboró algunas pistas muy sugerentes sobre ese vínculo entre locura y política. Véase Barrán, *Medicina y sociedad*, vol. II, p. 158.

⁹³² *El Bien Público*, 21 de marzo de 1882, p. 2.

⁹³³ Saenz y Criado, o. cit., p. 172.

⁹³⁴ Ansolabehere, art., cit., p. 174.

⁹³⁵ *Ibidem*, p. 188.

Ramos Mejía *Las multitudes argentina* en 1899⁹³⁶ en el que proponía el estudio de la multitud para su neutralización.

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. Sin embargo, 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 batllistas⁹³⁷). En 1902, el periódico *La Rebelión* explicó que los anarquistas “*lo que hacemos es unirnos sin pasar por la alcaldía ni por la iglesia, sin pedir permiso más que a nuestras voluntades*”.⁹³⁸ 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 “*celibato forzoso*”, así como “*delitos pasionales, suicidio, infanticidio, Sífilis, onanismo*” que conducían a la “*degeneración de la especie*”.⁹³⁹

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 al “*Estado*” que pensaban destruir a través de “*la revolución social*”.⁹⁴⁰ 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 políticas 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.⁹⁴¹ 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*”.⁹⁴²

La asociación con la violencia tenía otros ribetes que vinculaban a 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

⁹³⁶ 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 & Cia., 1912.

⁹³⁷ Caetano, *La República Batllista*, p. 215.

⁹³⁸ “Del Libre Amor”, en *La Rebelión*, Montevideo, 9 de noviembre de 1902, p. 3.

⁹³⁹ Ídem.

⁹⁴⁰ “El anarquismo en el Río de la Plata”, en *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 11 de agosto de 1900.

⁹⁴¹ “Actualidad uruguaya. Homenaje a Humberto I”, en *Caras y Caretas*, Buenos Aires, 11 de agosto de 1900.

⁹⁴² Etchepare, “Los débiles mentales”, 1914, cit., p. 286.

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 vincularon al delito político con la criminalidad.⁹⁴³ Si el delincuente mostraba algún tipo de patología —y como veremos más abajo todos presentaba alguna—, al asociar su figura con el anarquista lograron vincular esa opción política con la anormalidad. Así también resultó más fácil cualquier intento de descalificación (que además se combinó con campañas antiinmigratorias). El anarquista era un anormal, por lo que su estudio, su contención o represión correspondía a los médicos. Al mismo tiempo 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.⁹⁴⁴ En mayo de 1901, el ácrata Lucrecio Espíndola respondió a la publicación satírica *El Uruguay Risueño* que había publicado una nota donde se refería al comportamiento de los anarquistas como una manifestación psiquiátrica. Decía el texto inicial —que no hemos podido 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* Vasseur-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*”.⁹⁴⁵ 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. Al describir 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*”.⁹⁴⁶

No solo la conducta de los anarquistas fue psicopatologizada. Cualquier indicio de aplicar la violencia directa contra las autoridades también 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.⁹⁴⁷ La administración presidencial de este último atravesaba un momento muy delicado, en parte por los levantamientos nacionalistas de 1897, por el clima de

⁹⁴³ Francisco de Veyga, “Anarquismo y anarquistas”, en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, año VII, n.º 20, septiembre de 1897, pp. 446, 447 y p. 455.

⁹⁴⁴ Incluso es interesante cómo los trabajadores organizados en sociedades de resistencia en las que la tendencia anarquista era predominante también incorporaron algunos de los epítetos que les endilgaban para elaborar su propio discurso político. Los obreros zapateros, de tendencia mayoritariamente anarquista, por ejemplo, se refirieron a aquellos obreros que no compartían su ideario como personas que vivían en la oscuridad mental. La publicación del sindicato se iniciaba con el siguiente epígrafe: “*Luz, luz de verdad para los cerebros oscurecidos; rayos de sol moral para esos espíritus de adolescentes, que hoy viven criminalmente sumidos entre la sombra de los prejuicios y de las hipocresías nefastas, guerra a las tradiciones salvajes, guerra a la guerra*”. *El obrero en calzado. Periódico defensor del gremio*, Montevideo, 1.º de diciembre de 1905, p. 1.

⁹⁴⁵ *Tribuna Libertaria*, 12 de mayo de 1901, año II, n.º 29, pp. 1, 2.

⁹⁴⁶ *Ibidem*, p. 3.

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, 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*”.⁹⁴⁸

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 catedrático, don Fausto Sayagués Lasso asumiera alguna actitud. El Presidente de la República se apresuró a destituir al profesor.*⁹⁴⁹

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.⁹⁵⁰

En una declaración brindada a la prensa pocos días después de su detención, Raveca afirmó que era anarquista.⁹⁵¹ Pero, ¿lo era? ¿Declararse anarquista no era una forma de alcanzar la inimputabilidad porque mostraba una ideología patologizada? La prensa insistió en su condición de anarquista:

*en el registro que se hizo de la casa paterna de Rabecca [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.*⁹⁵²

Más allá de su convicción política, y de cierta patología que probablemente afectó a Raveca, el descubrimiento (o la supuesta confesión) de ese dato servía para relacionar de forma directa al 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*”.⁹⁵³ 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

⁹⁴⁷ 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.

⁹⁴⁸ Testimonio en Eduardo Acevedo, *Anales Históricas del Uruguay*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1934, vol. v, p. 27.

⁹⁴⁹ *Ibidem*.

⁹⁵⁰ *El Día*, 22 de abril de 1897, p. 1.

⁹⁵¹ *Ídem*.

⁹⁵² *La Razón*, 24 de abril de 1897, p. 1.

⁹⁵³ *Ibidem*. También: “Raveca continúa en estado de inconciencia moral”, en *La Razón*, 28 de abril de 1897, p. 1.

que “*la agresión de Ravecca resulta un acto personal, sin ninguna trascendencia, motivado por algún estado patológico del agresor*”.⁹⁵⁴ Pero el relacionamiento de la actitud del imputado con la locura se agudizaba al 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 a los dos partidos imperantes en el país, algo que lo colocaba por fuera de cualquier forma “racional” de comprender la política⁹⁵⁵:

El señor Idiarte Borda le preguntó entonces por qué había atentado contra su vida.

⁹⁵⁴ *El Día*, 28 de abril de 1897, p. 1.

⁹⁵⁵ Varios de los psiquiatras de nuestro período revistieron en filas del Partido Nacional o del Colorado, e incluso llegaron a participar como médicos de campaña en las guerras civiles de 1897 y 1904.

—*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 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.⁹⁵⁶

Finalmente, 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*”.⁹⁵⁷ Finalmente, el presidente fue asesinado en agosto de 1897 por otro joven, Avelino Arredondo, quien al parecer no tenía conexión con Raveca.⁹⁵⁸ Arredondo, según su testimonio, actuó sin cómplices y fue condenado a cinco años de penitenciaría. 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.⁹⁵⁹

En noviembre de 1905, en otro confuso incidente, Osvaldo Cervetti intentó atacar 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, Héguay, 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 alguna.⁹⁶⁰ 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).⁹⁶¹ 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, que 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 y sociales del período que permiten 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

⁹⁵⁶ *El Día*, 22 de abril de 1897, p. 1.

⁹⁵⁷ Eduardo Acevedo, vol. V, p. 28.

⁹⁵⁸ *El Día*, 31 de agosto de 1897, p. 3. Los ejemplares del diario de fechas 26 al 30 de agosto se encuentran destruidos y por ende no se pueden consultar.

⁹⁵⁹ *La Nación*, 28 de agosto de 1897, p. 1.

⁹⁶⁰ *El Pueblo*, Montevideo, 24 de noviembre de 1905, p. 1; *La Razón*, 23 de noviembre de 1905, p. 5.

⁹⁶¹ En el caso de Raveca, Arredondo y Cervetti los expedientes judiciales se extraviaron.

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 fátigas. 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 a este tipo de afección con la modernidad y la inmigración.⁹⁶²

A comienzos del siglo XX el filósofo y sociólogo alemán George Simmel 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 con su interpretación, el cambio permanente de impresiones e imágenes en la calle, en las esquinas, en las avenidas, en los espectáculos públicos, generaba una “intensificación del estímulo nervioso” que aceleraba el ritmo de vida, pero también provocaba cierta inmediatez y transitoriedad 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 tornaría “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.⁹⁶³ 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’”.⁹⁶⁴ 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. Incluso 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 “la protección científica del sistema nervioso”, que desaparecerían parte de los problemas que aparejaba la modernidad.⁹⁶⁵

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, que era además batllista,

⁹⁶² 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° 5 enero-junio 2015, pp. 288-309.

⁹⁶³ Georg Simmel, “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.

⁹⁶⁴ Barrán, Nahum, *Batlle, los estancieros...*, vol. I, pp. 114-116. También véase Lila Caimari, *La ciudad y el crimen. Delito y vida cotidiana en Buenos Aires, 1880-1940*, Buenos Aires, Sudamericana, 2009, p. 39.

⁹⁶⁵ Legnani, *Ensayos*, cit., p. 89.

podemos ver cierta disconformidad con esas posibilidades y si bien apoyaron algunas de las propuestas del oficialismo, podríamos pensar que tuvieron un matiz con algunos de los puntos más sobresalientes del ideario mayoritario. De ahí que sea interesante buscar rupturas entre el discurso médico y el político.

Podríamos pensar que 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 generalizada de ‘desmoralización’, fueron las principales herejías que parecían traer consigo la modernización”*.⁹⁶⁶ 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”*.⁹⁶⁷

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 *“los conocimientos profesionales incompletos, zurcidas más o menos bien”*. Tal vez repasando su experiencia vital, 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”*.⁹⁶⁸ 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 a 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 *“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”*;

⁹⁶⁶ Morás, o. cit., p. 23.

⁹⁶⁷ Lila Caimari, “Presentación”, en *La ley de los profanos*, p. 17.

⁹⁶⁸ Giribaldi, o. cit., pp. 100, 101.

un “*mal acecho, algo que se mueve en la sombra y que caerá sobre nosotros con la violencia de los grandes huracanes*”.⁹⁶⁹ 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*”, “*obstáculos que se apartan del camino para evitar tropiezos, en su marcha triunfal, al carro de los vencedores*”.⁹⁷⁰ Esto ocurría, según el mismo autor, y de acuerdo con 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 que la sociedad era la más alta manifestación del proceso evolutivo y en ella los menos aptos eran eliminados.⁹⁷¹

El análisis social de Aréchaga se combinó con apreciaciones sobre la herencia. Había un grupo de individuos que heredaba “*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*”.⁹⁷² 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 porque 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 “*la influencia de los centros urbanos*” que obligaba a la temprana escolarización y al cumplimiento de numerosas responsabilidades sociales, los “*cambios de fortuna*” y “*una infinita variedad de enfermedades nerviosas*” que finalizaban en el suicidio como “*rebelión última, contra un orden social que hiere su infinita egolatría*”.⁹⁷³ 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*”.⁹⁷⁴ 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 incontrolables. Fue también la constatación del fracaso de las propuestas migratorias impulsadas por las agencias estatales. A su vez, en el caso del manicomio la inmigración generaba un problema administrativo. Como ya vimos, 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 su capacidad locativa.⁹⁷⁵ En junio de 1896 la comisión delegada del manicomio discutió sobre la situación que generaba la masiva

⁹⁶⁹ Justino Jiménez de Aréchaga, “Suicidio y selección”, en *Evolución*, Montevideo, 10 de noviembre de 1905, año I, n° 2, p. 74.

⁹⁷⁰ *Ibidem*, p. 75.

⁹⁷¹ La obra de Spencer se divulgó en Uruguay en la década del setenta del siglo XIX. Una de las primeras manifestaciones de esa recepción es la tesis de Juan Pedro Ramírez en la que transcribe fragmentos de los *Ensayos de política* sobre las patologías que afectan al desarrollo civilizatorio. Juan Pedro Ramírez, *Política individualista* [tesis para optar el grado de doctor en Derecho y Ciencias Sociales], Montevideo, Imprenta de El Siglo, 1883. Para la década del ochenta del siglo XIX los ejemplos de spencerianos locales son numerosos, al respecto véase Delio, o. cit., pp. 416-422; Ardao, *Espiritualismo y positivismo*, p. 82 y p. 99.

⁹⁷² Jiménez de Aréchaga, art., cit., p. 75.

⁹⁷³ *Ibidem*, p. 76.

⁹⁷⁴ *Ibidem*, p. 77.

internación de inmigrantes pobres, ya que, en palabras del abogado Alfredo García Lagos, 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*”.⁹⁷⁶ 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 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.*⁹⁷⁷

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*”.⁹⁷⁸

El argumento administrativo acerca de la sobrepoblación siguió presente en el discurso de las autoridades del Manicomio y de la prensa. En 1910 el diario montevidiano *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.*”⁹⁷⁹

Argumentos de este tenor se vincularon con 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

⁹⁷⁵ Como se puede analizar en distintos documentos del período, y como vimos en la primera parte del trabajo, la Policía de fines del siglo XIX y principios del XX acostumbró a detener inmigrantes sin síntomas psiquiátricos evidentes y los envió al manicomio. En los casos en los que el inmigrante mostraba una psicopatía se pidió la intervención de un facultativo que revistiera en la Policía antes del envío del detenido al hospicio. “*Alienados del extranjero: Les queda terminantemente prohibido a los empleados de Policía, tomar intervención en el asilamiento de locos procedentes del extranjero, en el Manicomio Nacional. (Circular del Ministerio de Gobierno, de fecha 30 de marzo de 1892)*”. Departamento de Policía de la Capital, *Prontuario...*, p. 54.

⁹⁷⁶ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, f. 196.

⁹⁷⁷ AGN-CNCBP, Libro de Actas, 7 de agosto de 1896 a 24 de mayo de 1898, f. 14.

⁹⁷⁸ *Ibidem*. En paralelo, algunas publicaciones se refirieron a los enfermos psiquiátricos con aspecto de “*gringo*” 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. Por caso la historia de los italianos Modesto Sagazte y Francisco Solomando, publicado en *Rojo y Blanco*, Montevideo, 25 de noviembre de 1900, año I, n.º 24, p. 593.

⁹⁷⁹ *La Tribuna Popular*, 31 de mayo de 1910, p. 2.

portuario y fronterizo. El discurso higienista se combinó con la preocupación que desde la década del ochenta del siglo XIX médicos y abogados mostraron hacia el tipo de inmigrantes que podían llegar al país 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 pedía 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 al país desde el punto de vista cultural o étnico, distorsionar la estructura social o modificar el sistema político porque reproducían las corrientes políticas europeas consideradas perniciosas. Los judíos serían los ejemplos por antonomasia de esta corriente, que sin embargo se hizo extensiva a todos los inmigrantes.⁹⁸⁰ 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 personas con taras físicas o morales que degenerarían la especie o podían recurrir 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*”.⁹⁸¹ Por su parte, Alfredo Giribaldi estableció una fuerte relación entre el crecimiento 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.⁹⁸²

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.⁹⁸³ 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, la extensión del sistema fabril, también 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, pero también 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, la higiene. El trabajo excesivo, los ritmos de producción reclamados llevaban a que fuera entre los trabajadores sobre quienes más pesaba la posibilidad de contraer o despertar algún tipo de enfermedad psiquiátrica.

⁹⁸⁰ Véase Juan Oddone, *Los gringos*, Montevideo, Arca, 1969, Enciclopedia Uruguaya, vol. XXVI; Clara Aldrighi, “La ideología antisemita en Uruguay. Su contexto católico y conservador (1870-1940), en AAVV, *Antisemitismo en Uruguay. Raíces, discursos, imágenes (1870-1940)*, Montevideo, Ediciones Trilce, 2000, p. 146; Rodríguez Villamil, *Las mentalidades...*, p. 44; Duffau, “El infierno...”.

⁹⁸¹ Castro, tomo 1436, cit., fs. 428, 429.

⁹⁸² Una síntesis de la exposición de Giribaldi en el Congreso Científico Latinoamericano de 1901 en *La Tribuna Popular*, 28 de marzo de 1901, p. 2.

⁹⁸³ Giribaldi Héguy, o. cit., p. 9.

El debilitamiento por el exceso de fuerza afectaba, según los médicos, al físico pero también al 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.⁹⁸⁴ A eso se agregaba, más que nada entre los médicos, que la pérdida desmesurada de energía colindaba 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 “*afecciones simplemente nerviosas*” en el medio urbano y 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, debían ser motivo de preocupación para los médicos, ya que esa 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 reposo y sobrealimentación, auxiliada por la psicoterapia*”.⁹⁸⁵ 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*”.⁹⁸⁶ 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*”.⁹⁸⁷ 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.

La modernidad urbana también había modificado los parámetros referenciales de los habitantes del medio rural. Un escrito del médico argentino Lucas Ayarragaray⁹⁸⁸ fue publicado en 1902 por la revista montevideana *La Alborada*. Importa recordar que en 1897 el sociólogo francés Émile Durkheim, 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 lo catalogó

⁹⁸⁴ Eduardo Lamas, “Delirio tabagico”, en *Revista de los hospitales*, Montevideo, febrero y marzo de 1911, tomo IV, números 28, 29, números 1 y 2, p. 13.

⁹⁸⁵ Rossi, *El alienado*, pp. 47, 48.

⁹⁸⁶ Ídem.

⁹⁸⁷ *Ibidem*, pp. 48, 49.

⁹⁸⁸ Médico, escritor e historiador, nació en Paraná el 8 de septiembre de 1861 y falleció en Buenos Aires el 1.º de junio de 1944. Se doctoró en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1884 con una tesis sobre *La imaginación y las pasiones como causas de enfermedades*. Fue discípulo directo de Ramos Mejía, gracias a quien se incorporó a las actividades públicas ocupando cargos en el Departamento Nacional de Higiene y en varios hospitales. Tuvo además actividad política y periodística. Datos tomados de Diego Abad de Santillán, *Gran Enciclopedia Argentina*, Buenos Aires, Ediar, 1956, vol. I.

como un acto inmoral contra la sociedad.⁹⁸⁹ 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 su condición “semibárbara”, 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 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 ende su felicidad, ya que quedaba constreñido a la necesidad de mantener a su familia a través de un trabajo, cuando antes podía matar una res o laborar de 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 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*”.⁹⁹⁰

En otros casos las expectativas económicas y el afán inescrupuloso de conseguir más dinero, propio de ese contexto de materialismo, podía 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 Ferro-Carril* y de su imprenta, que luego de que se fundiera la empresa “enloqueció” y fue internado en el manicomio, donde permaneció hasta su muerte.⁹⁹¹

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, sazónada, 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

⁹⁸⁹ 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, Perrot, art., cit., p. 556.

⁹⁹⁰ Lucas Ayarragaray, “El suicidio en las campañas del Plata. Psicología del gaucho”, en *La Alborada*, 6 de abril de 1902, Montevideo, año VI, n.º 212, s/n.

⁹⁹¹ José María Fernández Saldaña, “José María Rosete y ‘El Ferrocarril’”, en *El Día* [suplemento dominical], 28 de junio de 1936.

un proceso alucinatorio por el cual una mujer -al parecer hermosa- mutaba y se convertía en la monstruosa *bolsa*.⁹⁹²

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 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*”.⁹⁹³ ¿No expresa esa breve frase cierto grado de malestar? Como lo ha señalado 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 y incomodidad que en algunos grupos sociales ocasionó 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, pero también 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.

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 sociales o 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*”.⁹⁹⁴ 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 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

⁹⁹² Julián Martel, *La Bolsa*, Buenos Aires, W. M. Jackson Inc. Editores, s.d. La novela fue publicada en 1891, como folletín, por el diario *La Nación* de Buenos Aires.

⁹⁹³ Hospital Vilardebó, *Libro de Ingresos mujeres. 14 de noviembre de 1893 al 18 de junio de 1895*, f. 117 y *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 155.

⁹⁹⁴ *La Policía de Montevideo. Órgano de los intereses de la policía del departamento de Montevideo*, 31 de octubre de 1885, año 1, n.º 7, p. 3.

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 piromaniacos y las ninfómanas, por lo que el médico solicitó la internación inmediata de la paciente.⁹⁹⁵

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*”.⁹⁹⁶ 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 o como 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.⁹⁹⁷ 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, el referido individuo se suicidó a consecuencia de los graves disgustos que le ocasionaba la conducta de su esposa e hijos*”.⁹⁹⁸

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

⁹⁹⁵ Juan L. Héguy, “Monomanía suicida y homicida”, en *La Gaceta de Medicina y Farmacia*, 15 de diciembre de 1881, año I, n.º 3, pp. 89, 90.

⁹⁹⁶ Jiménez de Aréchaga, art., cit., p. 77.

⁹⁹⁷ 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.

⁹⁹⁸ AGN-SJ, “Sumario instruido sobre suicido de Antonio Campodónico”, fs. 22, 23.

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*”.⁹⁹⁹ “*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.*¹⁰⁰⁰

Aclaró también que no era alcoholista 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*”,¹⁰⁰¹ aunque ahora, “*demasiado viejo*”, “*no sirvo*” “*por que ya no tengo más dinero*”.¹⁰⁰² Como en este caso, en el cual Campodónico estaba claramente afectado por una manía persecutoria, el suicidio podía ser la manifestación final de otra psicopatología que se combinó con un ambiente familiar que lo condujo a la autoeliminación.¹⁰⁰³

En otros casos 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 que escribió al presidente Williman en marzo de 1910.

En su misiva 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.*¹⁰⁰⁴

El escribiente señala que sus comportamientos vinculados al consumo de alcohol, las inclinaciones anarquistas o la vagancia reñían con las consideraciones dominantes, significativo porque es otra demostración del modo en que los sectores populares fueron incorporando de forma paulatina las pautas impuestas.

“*Regenerado*” y dispuesto a “*alcanzar un grado de perfección espiritual fatalmente incompatible con el cultivo de labores manuales*”, solicitó al presidente un empleo público que le permitiera costear su existencia y, al mismo tiempo, editar los

⁹⁹⁹ *Ibidem*, fs. 16-21.

¹⁰⁰⁰ *Ibidem*, fs. 25, 26.

¹⁰⁰¹ *Ídem*.

¹⁰⁰² *Ibidem*, f. 33.

¹⁰⁰³ En 1881 el fiscal del Crimen descartó cualquier acusación a la esposa u otros integrantes de la familia, y archivó la causa. AGN-SJ, “Sumario instruido sobre suicido de Antonio Campodónico”, f. 40.

¹⁰⁰⁴ AGN-AP-ACW, Carta de Enrique Erserguer al presidente Claudio Williman, 29 de marzo de 1910.

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*”.¹⁰⁰⁵ 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 incompreensión 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,¹⁰⁰⁶ 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*”.¹⁰⁰⁷ Desconocemos pormenores del desenlace de esta historia y si se trataba, como 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.¹⁰⁰⁸ 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.

Suicidios 1893-1911

¹⁰⁰⁵ Ídem. Subrayado en el original.

¹⁰⁰⁶ Sobre este autor, y su vinculación con la locura, véase la obra de Aldo Mazzuchelli ya citada.

¹⁰⁰⁷ AGN-AP-ACW, Carta de Enrique Erserguer..., cit.

¹⁰⁰⁸ “*Entre las causas [de suicidio] hay una, a la cual no se ha dado toda la importancia que tiene. La imitación, la moda, por raro que parezca, también dan lugar al suicidio. Nótese que hay temporadas en que el suicidio parece una verdadera epidemia, no solo por su frecuencia, si que también por el modo como se ejecuta [...]. Deben proscribirse todas aquellas obras que tiendan a hacer despreciable la vida, ya sea en representaciones teatrales, ya en libros o folletos, porque a la repetición de estos hechos es consecutivo el acostumbrarse a la idea del suicidio. Deben prohibirse las continuas noticias y detalles que la prensa da de cuantos suicidios ocurren, porque de esta manera se fomenta el suicidio por imitación, de que antes nos hemos ocupado. Por último, y esto es lo principal, debe fomentarse la verdadera instrucción de la sociedad en general, no solo por medio de la moral y de la sana razón que debe enseñarse en las escuelas, sino por medio de las conferencias públicas en ateneos y sociedades de cultura, en las que debe hacerse comprender que el verdadero modo de hacerse notable, no está en que la prensa publique el nombre de un suicida, sino en que pueda hacerse constar el valor que tuvo para resistir al peso de su desgracia.*” *Boletín de la Sociedad Ciencias y Artes*, 29 de junio de 1884, año VIII, n.º 26, pp. 311, 312. Una posición similar sostuvo Justino Jiménez de Aréchaga en 1905, para quien la literatura era la “*propagadora de las miserias íntimas*” (con obras como las de Rousseau, Goethe, Sand, Baudelaire, Quincey o Poe, entre otros) que llevaba a que muchos suicidas atentaran contra su vida inspirados por algún tipo de lectura o por imitación. Jiménez de Aréchaga, art., cit., p. 76.

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 abogados que 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.¹⁰⁰⁹ 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 a 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, etc.— y en los casos de delitos penales (a lo que se agrega la idea del enfermo psiquiátrico como un criminal o como un protocriminal).

Conclusiones

El historiador Roy Porter sostuvo que *“todas las sociedades juzgan locos a algunos individuos: dejando de lado cualquier justificación clínica estricta, esto forma*

¹⁰⁰⁹ Archivo General de la Nación, Universidad de la República [en adelante AGN-Udelar], “Don Alberto Nin adjunta programa de Derecho penal” [20 de julio de 1878], caja 26, carpeta 46.

parte de la tarea de marcar lo diferente, lo desviado y lo potencialmente peligroso".¹⁰¹⁰ El historiador 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.¹⁰¹¹ 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 —y el consiguiente desprestigio de la religión y la magia— como centrales en la vida del hombre moderno. Por su parte, el sociólogo Erving Goffman planteó la idea de "*estigma*", que definía la situación de aquellos individuos carentes de aceptación social porque llevan adelante prácticas consideradas repugnantes o vergonzosas.¹⁰¹² Sin embargo, no siempre generaban solo el rechazo sino que, de acuerdo a esta idea, la repulsión originaba 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 distintas conceptualizaciones populares en relación con la locura, formó estigmas y generó imágenes o tipos ideales de los locos, no solo en relación con 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.¹⁰¹³ Medicina y prensa se convirtieron en una importante herramienta clasificatoria y contribuyeron a la estigmatización de diferentes comportamientos y en la prognosis de lo que el enfermo psiquiátrico podía hacer.

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

¹⁰¹⁰ Porter, o. cit., p. 67.

¹⁰¹¹ Delumeau, o. cit., pp. 42, 43.

¹⁰¹² Erving Goffman, *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorroutu, 2008.

¹⁰¹³ Seguimos aquí algunas de las consideraciones de Norbert Elias cuando se refiere el rol de los grupos dominantes que endilgan características negativas a los sectores marginales que coinciden con los temores que también tienen los dominadores, las cuales sin embargo ocultan para destacar los aspectos más sobresalientes que cohesionan a los miembros "sanos". Norbert Elias, "Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecidos y marginados", en *La civilización de los padres y otros ensayos*, Bogotá, Norma, 1998, pp. 79-138.

describir a los directores de la colonia penal de Mettray en Fancia, fueron “*ingenieros de la conducta, ortopedistas de la individualidad*”.¹⁰¹⁴

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*”¹⁰¹⁵—, la sexualidad —en especial la que se consideraba excesiva: la prostitución— o las actitudes “invertidas” —la homosexualidad—, las opciones políticas —en especial las que buscaban subvertir el orden establecido o recurrían a la violencia como una alternativa— y, por último, la neurastenia, como una 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. De esas campañas participaron tanto médicos como abogados.

La divulgación de las propuestas no se restringió exclusivamente a las revistas especializadas o a círculos técnicos, sino que ganaron un espacio 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 ajeno a los discursos específicos 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.

¹⁰¹⁴ Foucault, *Vigilar y castigar*, p. 344.

¹⁰¹⁵ Etchepare, “El alcoholismo mental...”, cit., p. 4.

IV. Reprimir y contener

Capítulo 7

Relación entre Medicina y Derecho

Introducción

Como señalamos en otras partes del trabajo, a la formación de un campo psiquiátrico concurren 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 Barrán¹⁰¹⁶, 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 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, analizaremos los juicios por incapacidad que involucraron a enfermos psiquiátricos.¹⁰¹⁷ En la segunda parte, nos concentraremos en la relación que médicos y abogados establecieron entre criminalidad y enfermedad psiquiátrica. Para este último punto abordaremos los planteos tradicionales 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”.

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 “¿si 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*”.¹⁰¹⁸ 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*”. Planteó 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 esperanzas de curar al enfermo*”.¹⁰¹⁹

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

¹⁰¹⁶ Barrán, *Medicina y sociedad*, pp. 21, 22.

¹⁰¹⁷ 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.

¹⁰¹⁸ Brunel, o. cit., pp. 288, 289.

¹⁰¹⁹ Ídem.

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 (como vimos en el primer capítulo). La situación cambiaba si el juicio por incapacidad involucraba a una persona perteneciente a los sectores económicamente más poderosos.

La primera norma que legisló sobre la situación civil de los enfermos psiquiátricos fue el *Código Civil* aprobado en 1868 y tomó como referencia a 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 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, 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. “*Aún cuando el demente se encuentre recluso 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*”.¹⁰²⁰ 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 domiciliar 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 los casos en los 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.¹⁰²¹ 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 luego dejaba de tener contacto con el enfermo porque este último era trasladado al Manicomio Nacional en Montevideo.

¹⁰²⁰ “Las curatelas de los dementes asilados en el manicomio”, en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, Montevideo, 30 de junio de 1900, año 6, n.º 20, p. 307.

¹⁰²¹ 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*, Montevideo, 1910, n.º 9, p. 408.

Otro problema se generó porque muchas veces las familias —por guardar el honor, evitar la maledicencia, etc.— 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 se 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 que había 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.¹⁰²² Pero los enfermos psiquiátricos tampoco podían “*disponer por testamento*” de ningún bien que le fuera legado, esto incluía a los que “*no gozaren actualmente del libre uso de su razón, por demencia, ebriedad u otra causa*”.¹⁰²³

Algunas disposiciones conexas contenía el *Código de Instrucción Criminal* de 1878, que, por ejemplo, consideraba a los enfermos psiquiátricos como “*testigos inhábiles*” porque “*los idiotas, los locos y los que notoria y absolutamente carecen de la facultad de observación*”.¹⁰²⁴ Lo mismo ocurría en caso que terceros entablaran 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*”.¹⁰²⁵ 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*”.¹⁰²⁶

A fines del siglo XIX y comienzos del XX, los médicos comenzaron a mirar con desconfianza al *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 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.¹⁰²⁷ 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 expresa cierto desconocimiento a 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 deberían 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

¹⁰²² 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.

¹⁰²³ *Ibidem*, p. 35.

¹⁰²⁴ *Ibidem*, p. 37.

¹⁰²⁵ José A. Giménez, *La tramitación de juicios. Manual de abogacía práctica*, Montevideo, La Tribuna Popular, 1894, vol. I, p. 36. El manual de Giménez fue uno de los más utilizados durante el período considerado en nuestro trabajo.

¹⁰²⁶ Castro, tomo 1436, cit., fs 122, 123.

¹⁰²⁷ AGN-CNCBP, paquete 1890-1896, carpeta 420.

retirado no siempre con un certificado médico.¹⁰²⁸ 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*”.¹⁰²⁹ 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 que 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 que el informe del facultativo demostraba 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.¹⁰³⁰ 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 privaba de sus derechos civiles.¹⁰³¹ 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.¹⁰³²

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.

“Solo media un paso entre el criminal y el demente”¹⁰³³

¹⁰²⁸ *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, Montevideo, 15 de enero de 1910, año XVI, n.º 9, p. 132.

¹⁰²⁹ Ídem.

¹⁰³⁰ *La Revista Forense*, 18 de febrero de 1883, año II, n.º 7, p. 54.

¹⁰³¹ Olachea, o. cit., pp. 40, 41.

¹⁰³² AGN-AJ, Juzgado Civil del 4º Turno, “Zapoli, Juan. Incapacidad. 1906”.

¹⁰³³ Capella y Pons, o. cit., p. 39.

En 1862, Brunel diferenció la actuación jurídica para los casos de “incapacidad” que 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*”.¹⁰³⁴ El comentario del galeno francés se vincula a un proceso que también fue característico del siglo XIX y que atravesó a la Psiquiatría pero también al Derecho y a 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 vinculó a los médicos con los abogados y generó un tipo de relacionamiento no exento de disputas.¹⁰³⁵

En este apartado buscaremos conocer algunas de las causas que provocaron a escala local la asociación entre crimen y locura, articular el 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 comienzos 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

¹⁰³⁴ Brunel, o. cit., p. 319.

¹⁰³⁵ Son varios los abordajes historiográficos que en América Latina, Europa y Estados Unidos estudiaron el cruce entre criminalidad y “locura”. En Uruguay, análisis de este tipo son prácticamente inexistentes o adolecen del mismo problema que la historiografía local de la Medicina al quedar reducidos al anecdótico o al estudio de algunas “causas célebres” (por ejemplo: Osvaldo do Campo, “La ‘locura’ del virrey y otras ‘locuras’...”, cit.) No obstante, es posible destacar desde la historiografía académica el ya mencionado trabajo de Daniel Fessler sobre Derecho penal entre 1878 y 1907, que cuenta con un breve apartado dedicado a “*criminales y dementes*.” Fessler, o. cit., pp. 75-78.

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 más horribles, 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]*”.¹⁰³⁶ La defensa pidió internación domiciliaria “*con las prevenciones correspondientes*” y que se considerara su situación mental.¹⁰³⁷ 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, y no reconocí q.e estubiese alterado del Juicio pues me hablo acordos Siendo constante*” [sic].¹⁰³⁸ 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.¹⁰³⁹ Sin embargo, los enfermos psiquiátricos que cometían algún delito no quedaban eximidos de la pena.¹⁰⁴⁰ La siguiente referencia la aporta Adolphe Brunel en 1862, quien mostró preocupación para 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*”.¹⁰⁴¹ Para determinar si

¹⁰³⁶ “Sumario del agresor José Melgar por haber dado muerte a su padre Dn. Tomás y a su Hermano Dn. Francisco Melgar”, en *Archivo Artigas*, Montevideo, Comisión Nacional Archivo Artigas, vol. XXII, p. 156.

¹⁰³⁷ *Ibidem*, pp. 159, 160.

¹⁰³⁸ *Ibidem*, p. 146.

¹⁰³⁹ *Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, La Idea, 1876, vol. I, p. 351.

¹⁰⁴⁰ Tampoco los alcoholistas tal como se desprende la resolución de la Cámara de Legisladores de 5 de abril de 1837, según la cual la “*ebriedad no salva a ningún reo de la pena de la ley*.” AGN, DAC, MG, caja 896, documento 42.

¹⁰⁴¹ Brunel, o. cit., p. 300.

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*”.¹⁰⁴² 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 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 apreciar al analizar las normativas que rigieron las disposiciones penales y el accionar policial.¹⁰⁴³ El *Código de Instrucción Criminal* determinó que si en el transcurso del juicio o luego de producida la sentencia el preso cayera en “*estado de demencia*” la pena quedaba suspendida hasta que recuperara sus facultades mentales.¹⁰⁴⁴ Pero la primera normativa en materia penal para los casos de enfermos psiquiátricos que sustituyó a las disposiciones indianas en todo el sistema jurídico local fue el *Código Penal* aprobado en 1889. El artículo 17 consideraba “*exento de responsabilidad penal*” al “*loco o demente, a no ser que haya obrado en intervalo lúcido*”. Cuando el delito cometido ameritara “*pena de muerte o penitenciaría*” el “*juez decretará su reclusión en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo*”. 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.¹⁰⁴⁵

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*”.¹⁰⁴⁶ 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

¹⁰⁴² Ídem, p. 315.

¹⁰⁴³ *Proyecto de guía policial aprobado por el superior gobierno*, Montevideo, Tipográfica de la Escuela de Artes y Oficios, 1883, p. 26.

¹⁰⁴⁴ *Código de Instrucción Criminal*, artículo 316.

¹⁰⁴⁵ Regules, *Disposiciones...*, p. 35.

¹⁰⁴⁶ Ídem.

de las causas criminales, y 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 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”.¹⁰⁴⁷

El “loco criminal” aunó la necesidad de alcanzar un tratamiento para su patología pero también el deber de castigar al que infringía la ley penal. En ese sentido, podríamos pensar que el peritaje médico legal sobre los enfermos psiquiátricos contribuyó, junto a la nueva arquitectura punitiva montada desde la década del setenta del siglo XIX —si tomamos la periodización establecida por Fessler— en el 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 en Italia, Anselm Von Feuerbach en Baviera y Jeremy Bentham 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”,¹⁰⁴⁸ una posición compartida por algunos juristas católicos para quienes niños y locos no poseían libre albedrío.

Fue Césare Lombroso, junto a varios de sus seguidores, quien planteó 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 los sociales y psicológicas que impulsaban al delito. Por su parte, Magnan planteó 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 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

¹⁰⁴⁷ Foucault, “La evolución de la noción de “individuo peligroso” en la Psiquiatría legal”, art., cit., p. 169.

¹⁰⁴⁸ *Ibidem*, p. 119.

*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.*¹⁰⁴⁹

Asimismo, presentaban 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.*¹⁰⁵⁰

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, se combinó con el evolucionismo racista, que consideró a las penas como un mecanismo del propio organismo social para defenderse de los ataques de aquellos que alteraban el orden social.¹⁰⁵¹ 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 competía al Estado la necesidad de prevenir sus acciones. Con esto, a decir del criminólogo italiano Massimo Pavarini, la escuela positiva “*negó implícitamente cualquier interés al hecho de que un comportamiento humano es criminal porque es, en primer lugar, definido como tal*”.¹⁰⁵²

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 también criminólogos Enrico Ferri y Raffaele Garofalo asociaron la tendencia delictuosa no solo con los aspectos antropológicos sino 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 delincuente, sino el medio social defectuoso al que era imprescindible controlar.¹⁰⁵³ Esa noción de “defensa social” no buscaba castigar al delincuente como

¹⁰⁴⁹ Cesare Lombroso, *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.

¹⁰⁵⁰ Ídem.

¹⁰⁵¹ 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 influyen en el temperamento, la motivación de todas las conductas incluidas el delito. Eso no implicó dejar de lado las causas económicas o sociales.

¹⁰⁵² Massimo Pavarini, *Control y dominación. Teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1999, segunda edición, p. 44.

¹⁰⁵³ En 1885 el criminólogo italiano Raffaele Garofalo planteó la noción del delincuente como un enemigo interno. Pero esta idea aún no había alcanzado el grado de “estado peligroso”, teoría desarrollada por la criminología europea a comienzos del XX, que reposaba sobre la necesidad de combatir a los posibles delincuentes de forma previa a la comisión de un hecho ilegal. En 1910, el jurista belga Adolphe Prins publicó un trabajo sobre la defensa social en el que planteó la existencia de un estado de peligrosidad sin delito. Según esta visión, que entendía a los delincuentes como anormales, había en la sociedad personas

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 en 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.¹⁰⁵⁴ La posibilidad de defenderse modificó la conceptualización sobre los enfermos psiquiátricos que comenzaron a ser vistos como peligrosos. En Uruguay, más allá de las preocupaciones constantes, 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*”.¹⁰⁵⁵

El criminólogo italiano Enrico 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*”.¹⁰⁵⁶ Estas corrientes serán una constante en la academia médica y jurídica uruguaya de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX.¹⁰⁵⁷ 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

que mostraban, por aspectos somáticos, psíquicos o morales, características del homo delincuente y proclividad a cometer algún tipo de atentado contra la propiedad privada o la vida. Por lo tanto, el Estado debía defender a la sociedad contra esos posibles sujetos peligrosos. Estos planteos ensancharon el campo del delito y provocaron que se somatizaran distintos comportamientos considerados “desviaciones”, entre ellos la falta de trabajo, la opción política (anarquismo, comunismo) o la homosexualidad. Sobre la influencia de Prins y sus seguidores en la criminología europea véase Dominique Kalifa, *Crime et culture au XIXème siècle*, París, Perrin, 2005, pp. 257-270.

¹⁰⁵⁴ En Uruguay las leyes de expulsión de indeseables —que incorporaron a los enfermos psiquiátricos— se aprobaron en la década del treinta del siglo XX. Véase Duffau, “La increíble y triste...”.

¹⁰⁵⁵ *La Asistencia Pública Nacional*, p. 23.

¹⁰⁵⁶ Enrico Ferri, *Sociología criminal*, Madrid, Centro Editorial de Góngora, s/d, p. 164.

¹⁰⁵⁷ En un trabajo anterior estudiamos la recepción del positivismo criminológico en la prensa. La ausencia de conflictos armados de envergadura entre 1876 y 1886 provocó que, sin abandonar la cobertura de la vida política del país y la región, los medios de prensa se concentraran en la violencia delictiva. Los procesos de urbanización y de alfabetización, el desarrollo comercial y la aparición de nuevos bienes de consumo produjeron las condiciones para la eclosión de un nuevo público y modalidades de información variadas. Entre ellas se encontraban aquellas publicaciones dedicadas mayoritariamente al periodismo noticioso y policial que brindaron un papel preponderante a la sección de gaceticilla en la que introdujeron varios conceptos propios de la criminología positivista. Véase Nicolás Duffau, *Armar el bandido: delito, prensa y folletines en el Uruguay de la modernización. El caso de El Clinudo*, Montevideo, Universidad de la República, 2014. También Fessler, o. cit., pp. 59-62. Utilizamos sobre el caso argentino Caimari, *Apenas...*, cit. y *La ciudad...*, cit.

“*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*”.¹⁰⁵⁸ Probablemente Nin buscó cuestionar esa idea del “*intervalo lúcido*”, ya que para algunos penalistas y médicos que comenzaron a actuar en la década del 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*”.¹⁰⁵⁹ 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 también se comenzó a discutir sobre qué hacer con los llamados *antisociales*, 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.¹⁰⁶⁰

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 la 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, 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— ellos presentaban diferencias notables que impedían considerarlos 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.*¹⁰⁶¹

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.¹⁰⁶²

La “*fuerza irresistible*” era la que determinaba “*la no imputabilidad*” por

¹⁰⁵⁸ AGN-Udelar, “Don Alberto Nin adjunta programa de Derecho penal” [20 de julio de 1878], caja 26, carpeta 46.

¹⁰⁵⁹ Universidad de Montevideo, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, *Programa de Derecho penal. Primer año*, Montevideo, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1890, p. 4.

¹⁰⁶⁰ En el apartado nos detendremos sobre todo en aquellos que tenían una enfermedad psiquiátrica (o la misma se despertó en la cárcel) y no en los pacientes que hoy llamamos *psicóticos*.

¹⁰⁶¹ Ylla, o. cit., p. 110.

¹⁰⁶² Idem, p. 56.

*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 la comisión del acto por el cual se le va a penar, haya obrado libremente su voluntad.*¹⁰⁶³

Este hombre delincuente era absolutamente inconsciente sobre 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*”, una persona “*que no tiene el poder moral suficiente de sustraerse a su acción*”.¹⁰⁶⁴

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.*”¹⁰⁶⁵ Esta definición facilitó el estudio sobre un nuevo sector de la población que se caracterizaba por su insanía moral; hombres y mujeres que “*tienen el crimen incrustado en los huesos y diluido en la sangre*”.¹⁰⁶⁶ 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 el grado de doctor en derecho, Mariano Pereira, desde una perspectiva evolucionista que defendía la adaptación de los más aptos, planteó las dificultades que encerraba el pensamiento orgánico positivista.

*El criminal, según la concepción de la moderna escuela, sino 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.*¹⁰⁶⁷

Para este abogado, “*la anomalía psíquica*” del delincuente era *moral*.¹⁰⁶⁸ 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*

¹⁰⁶³ *Ibidem*, pp. 59, 60.

¹⁰⁶⁴ *Ídem*. En 1884, Teófilo Gil, en su tesis para recibirse de abogado, pidió que los alcoholistas fueran equiparados a los enfermos psiquiátricos antes la justicia penal, ya que el alcohólico consuetudinario también actuaba movido por una fuerza irrefrenable. Gil, o. cit., pp. 32-43.

¹⁰⁶⁵ Ylla, o. cit., pp. 55, 56.

¹⁰⁶⁶ Miguel Rodríguez, “Tesis sobre el Código Penal”, en *La Revista Nueva*, Montevideo, 20 de setiembre de 1902, año I, n.º 4, p. 328.

¹⁰⁶⁷ Mariano Pereira, “La reincidencia criminal”, en *La Revista Nueva*, Montevideo, 20 de noviembre de 1902, año I, n.º 6, p. 471.

¹⁰⁶⁸ *Ibidem*, p. 468. Los cuestionamientos a la antropología criminal, que según el autor estaba arraigada en “*la masa popular más ignorante*”, continúan a lo largo del texto. “[C]uando la Antropología aisle al delincuente y pueda darnos los datos para distinguirlo entre la muchedumbre honrada, diciéndonos con toda seguridad “*este es el criminal*”, es que habrá prestado un gran servicio a la humanidad, tal vez el mayor que pueda prestarle ciencia alguna, y este servicio está muy lejos de haberlo prestado, y casi nos aventuramos a agregar, muy lejos de prestarlo aún. [...] Las palabras atavismo, regresión, herencia, atavismo prehumano, degeneración moral, etc., son, en lo que se refiere a la criminalidad, enigmas que no se han descifrado aún, problemas confusos que no solo no se han resuelto todavía, sino que ni siquiera se han planteado bien.” Pereira, art., cit., pp. 469, 470.

distinta que en los otros hombres". Entre los criminales lo que no había era emotividad, "facultad" que "está atrofiada, disminuida o extinguida por completo".¹⁰⁶⁹ Para Pereira, los locos criminales mostraban ausencia de emotividad, inconciencia absoluta sobre el crimen cometido porque "las percepciones 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".¹⁰⁷⁰

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, 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 a la naturaleza del delincuente".¹⁰⁷¹

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 Legrand du Saulle, quienes defendían "la trasmisión por la vía hereditaria de ciertas formas de locura que conducen a la comisión de actos criminales". Y si bien "la trasmisión no es fatal", "existe 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 transmitía era la enfermedad "no la herencia del delito".¹⁰⁷²

Sin embargo, aquellos que adhirieron a la antropología criminal, quienes la incorporaron de forma 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".¹⁰⁷³

En 1905, el programa de Derecho penal —cátedra ahora en manos de José Irureta Goyena— contaba con una unidad sobre "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". Asimismo, contaba con una bolilla para las "locuras hereditarias" que comprendía a los "degenerados inferiores" y otra para las llamadas "locuras neuropáticas" como "la epilepsia" y "la histeria". Irureta Goyena buscó problematizar quién era el encargado de

¹⁰⁶⁹ *Ibidem*, pp. 472, 473. Una posición similar y de cuestionamiento directo a Lombroso ya había defendido Enrique Castro en 1898 al sostener que los criminales no eran "incorregibles", del mismo modo que no lo eran todos los enfermos psiquiátricos. Castro, tomo 1436, f. 392.

¹⁰⁷⁰ Pereira, o. cit., p. 473.

¹⁰⁷¹ Dionisio Ramos Suárez, *Exposición crítica de nuestro sistema penitenciario*, Montevideo, Tipográfica Uruguay de M. Martínez, 1903, pp. 30, 31.

¹⁰⁷² Colombi, o. cit., p. 31.

¹⁰⁷³ Fessler, o. cit., p. 75.

declarar la locura: “a) los jueces; b) el jurado; c) los peritos”, demostración que la función de los médicos seguía sin resultar evidente para los abogados.¹⁰⁷⁴

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 esa declaración correspondía a su actuación.

Otra manifestación sobre la falta 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*”.¹⁰⁷⁵ 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 locura*”.¹⁰⁷⁶ ¿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.¹⁰⁷⁷ No en vano en 1898 Enrique Castro,¹⁰⁷⁸ en 1911 Bernardo Etchepare¹⁰⁷⁹ y en 1914 Santín Carlos Rossi

¹⁰⁷⁴ Archivo de la Facultad de Derecho, Serie Expedientes de Secretaría, Subserie planes de estudio, “Programa de Derecho penal 1er curso” (aprobado el 23 de diciembre de 1905), carpeta 19. También véase Archivo de la Facultad de Derecho, Serie Expedientes de Secretaría, Subserie planes de estudio, carpeta 9: Universidad de Montevideo, *Programa de Derecho penal, 1.º y 2.º Cursos*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906.

¹⁰⁷⁵ “Facultad de Derecho. Aula de Medicina Legal. Programa”, en *Anales de la Universidad*, Montevideo, año I, n.º 1, pp. 83-86.

¹⁰⁷⁶ “Temas para tesis en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Años de 1891 y 1892”, en *Anales de la Universidad*, Montevideo, año I, n.º 1, p. 90.

¹⁰⁷⁷ 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 realizado sobre su defendido, José Spagnamento o Pagnamento (acusado de un doble homicidio) que realizó 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. Véase Fessler, o. cit., pp. 81, 82.

¹⁰⁷⁸ “[E]l juez debe ceder su puesto al facultativo, depositando en él su confianza y obrar de acuerdo con su dictamen. Si un primer informe médico no lo convence, podrá exigir otro, pero tendrá que someterse al fallo de los peritos [...]. Creemos que si la obligación del juez de interrogar por sí mismo al enfermo no tiene otro objeto que el de primar consecuencia y obrar en consecuencia, será mucho más útil para él y más ilustrativo, presenciar, escuchar el interrogatorio de los facultativos que deben producir el dictamen.” Castro, tomo 1436, cit., fs. 157, 158

¹⁰⁷⁹ “Solo el médico, y el médico alienista, despistará una alienación grave, transitoria en sus manifestaciones mórbidas o estados crepusculares epilépticos seguidos de una amnesia retardada [...] [N]o es posible que se diga y se repita aún por algunos, ingenuamente, que cualquiera persona inteligente, está autorizada para darse cuenta de si un sujeto es o no alienado, vale decir, responsable o no [...]. Estamos profundamente convencidos, que la responsabilidad, como lo hemos visto, es función de la inteligencia que esta tiene como condición necesaria la integridad anatómica y funcional del encéfalo,

insistían en que el loco criminal “*pertenece más al médico alienista que a los tribunales*”.¹⁰⁸⁰ 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*”.¹⁰⁸¹ A comienzos del 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 variedades del rico y variado cuadro de la degeneración hereditaria tal como la conciben los alienistas contemporáneos*”.¹⁰⁸²

En el momento en el que Castro escribió su tesis convivían “*tres doctrinas principales*” parcialmente contrapuestas que compartían “*el campo médico legal de la irresponsabilidad: la irresponsabilidad completa, la responsabilidad parcial y la responsabilidad alternada*”.¹⁰⁸³ En Uruguay solo se admitía la irresponsabilidad absoluta y sin embargo el psiquiatra pedía la aplicación en algunos casos 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 impulsado*”.¹⁰⁸⁴ 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.¹⁰⁸⁵

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.¹⁰⁸⁶ 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*

y que como dicen Grasset y Mairet, siendo el funcionamiento del encéfalo de orden biológico, su apreciación corresponde en primer término al médico, al mismo título que este aprecia el estado anatómico o funcional del corazón, del hígado o de cualquiera otra parte constitutiva del cuerpo humano.” Etchepare, “La responsabilidad en los alienados”, cit., pp. 64, 65.

¹⁰⁸⁰ Rossi, *El alienado*..., p. 54.

¹⁰⁸¹ Castro, tomo 1436, cit., f. 268.

¹⁰⁸² Idem, fs. 270, 271.

¹⁰⁸³ Ibidem, f. 283.

¹⁰⁸⁴ Ibidem, fs. 284-286.

¹⁰⁸⁵ AGN-SJ, Juzgado del Crimen de 2.º Turno, “Macario Estevan Sayes Orduña, por desacato, heridas y muerte de Antonio Borges”, 17 de diciembre de 1895, Juzgado del Crimen de 2.º Turno, expediente n.º 183.

¹⁰⁸⁶ Castro, tomo I 1436, cit., fs. 289-292.

para que sea responsable de sus actos criminales. El mismo individuo es pues, a la vez, irresponsable civilmente y responsable criminalmente”.¹⁰⁸⁷ 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”.¹⁰⁸⁸ 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 obligándola a realizar un trabajo excesivo”.¹⁰⁸⁹ 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. Sin embargo, la enfermedad que lo aquejaba lo hacía un preso diferente y por ende era necesario contemplar su estado sanitario. Situaciones de este tipo marcaron la discusión sobre el destino de los alienados criminales. Discusión que, por cierto, el país nunca saldó.

Como para 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 contar con pabellones o asilos especiales y, al mismo tiempo, saber si eran médicos o abogados los encargados de su tratamiento.

Movimiento de enfermos psiquiátricos enviados desde la cárcel de 1900 a 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

Fuente: elaborado a partir de *Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios*, cit., p. 347. Desconocemos si las “altas” tomaron en cuenta los fugados y tampoco es posible compararlas con el número de fugas ya que el total es mayor. En 1898, Castro contó treinta y cinco “locos-criminales”.

¹⁰⁸⁷ Idem, f. 327.

¹⁰⁸⁸ Ibídem, fs. 296, 297.

¹⁰⁸⁹ Ibídem, fs. 301-303.

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.¹⁰⁹⁰ 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*”.¹⁰⁹¹ Este tipo de responsabilidad parcial se podía aplicar en algunos casos. 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 el temor de lo que hoy todavía se considera y llama represión.*¹⁰⁹²

En este caso “*no existiendo la represión, solo se alentaría la reincidencia*”, pero “*una responsabilidad absoluta envuelve la misma injusticia*”.¹⁰⁹³ Por eso 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*”, 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*”.¹⁰⁹⁴

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*”.¹⁰⁹⁵ 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.*¹⁰⁹⁶

Como prueba de esa relación entre locura y criminalidad Giribaldi presentó las cifras sobre “*síntomas de enajenación mental*”, que se había presentado en el “*51 % de*

¹⁰⁹⁰ Etchepare, “La responsabilidad en los alienados”, cit., 60.

¹⁰⁹¹ *Ibidem*, p. 66.

¹⁰⁹² *Ibidem*, p. 68.

¹⁰⁹³ *Ibidem*, p. 77.

¹⁰⁹⁴ *Ibidem*, p. 71. También véase Rossi, “Definición médico legal...”, cit.

¹⁰⁹⁵ Giribaldi, “Sobre establecimientos...”, p. 326.

¹⁰⁹⁶ Giribaldi, “Sobre establecimientos...”, p. 326.

los criminales locos asilados hasta la fecha en nuestro manicomio”.¹⁰⁹⁷ 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 conexas con la vesania suman hasta llegar al 74 %”.¹⁰⁹⁸ 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”.¹⁰⁹⁹ 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”.¹¹⁰⁰

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 fisiológica del vicio y la inmoralidad” tuviera una función protagónica en la consumación del delito.¹¹⁰¹ Para Irureta la teoría lombrosiana era una posibilidad no determinante como sí lo era para Giribaldi.

Giribaldi 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.”¹¹⁰²

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. Eso ocurrió, por ejemplo, con Manuel Machín en octubre de 1888, quien en primera instancia fue rechazado por carecer de “la formalidad establecida de ir acompañado del certificado del médico de la cárcel”.¹¹⁰³

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 sostuvieron que lo mejor era un primer examen en la cárcel, mientras que para jueces y policías no era

¹⁰⁹⁷ *Ibidem*, p. 327.

¹⁰⁹⁸ *Ídem*.

¹⁰⁹⁹ *Ídem*.

¹¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 328.

¹¹⁰¹ José Irureta Goyena, “Exposición crítica de nuestro régimen penitenciario”, en *La Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración*, Montevideo, 30 de abril de 1909, año XV, n.º 16, p. 243.

¹¹⁰² Giribaldi, o. cit., pp. 107, 108.

¹¹⁰³ Archivo General de la Nación, Cárcel Correccional, paquete 1888-1891, carpeta 208.

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 del certificado*” médico.¹¹⁰⁴

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*”.¹¹⁰⁵ 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 en libertad*”.¹¹⁰⁶ El problema, y otra contienda entre jueces y médicos, pasó por saber qué hacer con el preso-paciente “*una vez reintegrados en el uso de sus facultades*” e incluso a quién 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 avalaron el petitorio. En mayo de 1895, las autoridades de la penitenciaría se negaron a recibir al asesino Agustín Cordoves quien, según el informe médico, se encontraba reestablecido 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*”.¹¹⁰⁷

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*”.¹¹⁰⁸ 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 éste 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*.”¹¹⁰⁹

¹¹⁰⁴ Ídem.

¹¹⁰⁵ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4837, f. 179 [29 de mayo de 1879].

¹¹⁰⁶ Hospital Vilardebó, *Libro de entrada de mujeres 1904-1907*, f. 39.

¹¹⁰⁷ AGN, CNCBP, Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, fs. 17, 18.

¹¹⁰⁸ Irureta Goyena, “Exposición crítica...”, p. 245.

¹¹⁰⁹ AGN, Ministerio de Instrucción Pública, Caja 130, carpeta 1220: “Eleva los antecedentes relativos a la instalación de una sesión de electroterapia, otra de radiología y radiocopia y laboratorio clínico en la

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*”.¹¹¹⁰ La solución para el abogado era una ley sobre alienados que legislara sobre todas esas situaciones.¹¹¹¹

En 1914 Santín Carlos Rossi, quien también bregaba por la aprobación de una ley de alienados, 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 armonizar el interés del enfermo con el de la sociedad*”.¹¹¹² 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 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*”
Cárcel Penitenciaria”, 6 de octubre de 1916.

¹¹¹⁰ Irureta Goyena, “Sobre establecimientos...”, p. 280.

¹¹¹¹ 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 italo-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 (José Ingenieros, *La simulación en la lucha por la vida*, Buenos Aires, Roggero-Ronal Editores, 1952, p. 181). Para Ingenieros, donde “*hay vida hay ‘lucha por la vida’, concepto que debe entenderse en el sentido amplio y figurado que le atribuyó Darwin*”. 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. 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 (un interesante estudio sobre un simulador en Ernesto Bohoslavsky, “Historia de Juan Zárate, músico y quizás loco. De la epilepsia y la poesía en una celda patagónica, 1905”, en *Anales de Desclasificación*, vol. 1, n.º 2, Laboratorio de Desclasificación Comparada, Santiago de Chile, 2006, pp. 529-552). Algunos médicos de la época 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 procacidad o con su acto delictuoso, consolida su fisiología psíquica individual o, por el contrario, manifiesta el principio de dilución de la misma*” (Giribaldi “Sobre establecimientos...”, p. 327). 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. “Informe médico-legal presentado en la causa del homicida A. G. por los doctores Alfredo Giribaldi y Enrique Castro”, cit.).

¹¹¹² Rossi, *El alienado...*, p. 62, 63.

habilitarse uno para el Departamento de hombres y otro para el de Mujeres".¹¹¹³ 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.¹¹¹⁴ 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*".¹¹¹⁵ Irureta Goyena planteó que

*casi todas las naciones civilizadas tienen actualmente asilos criminales independientes, o secciones anexas a los manicomios o a las cárceles ordinarias, destinados al cuidado de este género de delincuentes psicopatológicos.*¹¹¹⁶

Los penados eran un problema para guardias, médicos e internos, ya que podían atender contra terceros pero también contra su propia vida. A eso se sumaban los graves problemas administrativos del establecimiento, que 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).¹¹¹⁷

Los dos contendientes no lograron un acuerdo, ya que en 1909 aún mantenían la polémica iniciada cuatro años antes.¹¹¹⁸ 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*".¹¹¹⁹ Para ese tipo de presos era imprescindible la creación de un asilo especial de contención, tratamiento y reclusión. Asimismo "*no es posible congregarse 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*".¹¹²⁰

Los alienados criminales y los comunes no pueden tratarse en un mismo establecimiento porque aquéllos 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

¹¹¹³ AGN, CNCBP, Libro de Actas, 26 de marzo de 1895 a 5 de agosto de 1896, f. 26.

¹¹¹⁴ Rossi, *El alienado...*, p. 60.

¹¹¹⁵ Giribaldi, "Sobre establecimientos...", p. 326.

¹¹¹⁶ Irureta Goyena, "Sobre establecimientos...", p. 279.

¹¹¹⁷ *Ibidem*, p. 280. También véase AGN-CNCBP, Libro de Actas, 27 de abril de 1906 a 19 de octubre de 1906, f. 135.

¹¹¹⁸ Irureta Goyena, "Exposición crítica...", pp. 241-247.

¹¹¹⁹ *Ibidem*, p. 245.

¹¹²⁰ *Ídem*.

*agresiones en general, contra la vida de los guardianes y de los coasilados.*¹¹²¹

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 promovió que el lugar pasara a ser “*una colonia agrícola de penados*” que contaría, “*bajo la dependencia del Manicomio Nacional*”, con “*un asilo de alienados criminales*”.¹¹²² En las consideraciones del proyecto los diputados se refirieron a la importancia de contar con un asilo de “*alienados criminales*”, tal como lo promovían “*las escuelas de Criminología moderna*”, que distinguía 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.¹¹²³

Una propuesta similar, pero sin ubicación geográfica, había hecho un año antes José Irureta Goyena. En su exposición, el abogado penalista sostuvo que las colonias agrícolas eran una forma de acercar a los penados del medio rural a su hábitat natural, ya que en la ciudad sufrían la reclusión penitenciaria pero también las consecuencias de pasar de un medio apacible al bullicio ciudadano. Desde un punto de vista que podríamos incorporar al malestar que generaba la “*modernidad*”, y que analizamos en el capítulo anterior, sostuvo que “*el ambiente moral de las ciudades es siempre inferior al de los campos*”.¹¹²⁴

En 1909, Irureta Goyena propuso recuperar el proyecto presentado por Enrique Castro y al que consideró “*un excelente remedio*”.¹¹²⁵ También en 1914 Rossi defendió la propuesta de Castro aunque realizó algunas consideraciones 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.*”¹¹²⁶ El artículo 37 de su proyecto de ley estableció la creación de “*un establecimiento especial a cargo del Ministerio de Justicia*”.¹¹²⁷ 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*”.¹¹²⁸ 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*

¹¹²¹ Ídem.

¹¹²² *Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1907, pp. 163, 164, [sesión del 28 de junio de 1906].

¹¹²³ *Ibidem*, p. 165.

¹¹²⁴ José Irureta Goyena, “Proyecto de Colonia Agrícola Penitenciaria”, en *Evolución*, Montevideo, 10 de noviembre de 1905, año I, n.º 2, pp. 65-67.

¹¹²⁵ Irureta Goyena, “Exposición crítica...”, p. 245. La propuesta de Castro en tomo 1436, fs. 363-367.

¹¹²⁶ Rossi, *El alienado...*, p. 58.

¹¹²⁷ *Ibidem*, p. 123.

¹¹²⁸ *Ibidem*, p. 60.

*culpa sino de nuestros codificadores.*¹¹²⁹ El país nunca llegó a saldar esa discusión y los alienados criminales o los criminales que en su reclusión despertaban una psicopatía 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.¹¹³⁰

Conclusiones

Este capítulo presentó algunas de las características que mostró la colaboración entre médicos y abogados, así como el aporte de estos últimos al campo de la Psiquiatría. Como planteamos en la introducción del trabajo y a lo largo de este capítulo, insistimos en la necesidad de entender la *medicalización* como un fenómeno del cual también participaron los especialistas en Derecho civil y penal. Para ello nos concentramos en estudiar la evolución legislativa y judicial sobre la situación jurídica de los enfermos psiquiátricos. En ese tránsito, encontramos dos momentos centrales con la aprobación y promulgación de los dos códigos fundantes del moderno Derecho local, el *Civil* aprobado en 1868 y el *Penal* de 1889, los cuales dedicaron capítulos específicos a los alienados.

En primer lugar retomamos algunos elementos que trabajamos en el primer capítulo, relativos a la situación civil de los alienados y a la insistencia por parte de médicos y abogados en contar con protocolos explícitos que permitieran declarar o no a una persona como incapaz. 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 del mismo. En ese sentido podemos concluir que los dos grupos de profesionales (aunque mostraron 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.

En la segunda parte del trabajo analizamos la vinculación entre Derecho penal y Psiquiatría a través de la asociación entre crimen y locura. La articulación de un discurso por momentos común a médicos y abogados y por momento con claras diferencias, 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. Pusimos en tensión 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 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 la 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.

La importancia que cobraron los locos criminales abrió la discusión acerca del castigo que merecían las personas con una psicopatología, pero también sobre cuáles

¹¹²⁹ AGN, Ministerio de Instrucción Pública, Caja 130, carpeta 1220: “Eleva los antecedentes relativos a la instalación de una sesión de electroterapia, otra de radiología y radiocopia y laboratorio clínico en la Cárcel Penitenciaria”, 6 de octubre de 1916.

¹¹³⁰ Uruguay sigue sin contar con un establecimiento específico para alojar presos con alguna psicopatía.

serían las mejores condiciones de tratamiento. El debate permitió por un lado la divulgación de las nociones del Derecho penal y la Psiquiatría en relación a ese tipo de pacientes-presos y contribuyó a la divulgación de nociones sobre los criminales y su asociación con las enfermedades psiquiátricas. La prensa intervino en la discusión cuando tenían lugar algunos casos sonados de asesinato. En este aspecto, médicos y abogados no mostraron puntos de contacto y esas diferencias provocaron que durante la primera mitad del siglo xx los penados no contaran con un establecimiento de reclusión específico.

Pese a las desavenencias tanto abogados como psiquiatras coincidieron en la necesidad de defender a la sociedad de aquellos locos-criminales capaces de “*cometer crímenes de toda especie*”¹¹³¹, tal como sostuvo el 6 de octubre de 1880 el médico Florentino Ortega sobre el asesino Gregorio Acosta. Psiquiatras y abogados aparecieron como los dos pilares fundamentales en el robustecimiento de esa función de protección de la comunidad.

¹¹³¹ AGN-HA-MSP-HCM, libro 4842, fs. 232, 233.

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 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 el enfoque 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.

Demostramos 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 (inscripta en una discusión más general sobre la laicización del Estado) no fue abrupta. Creemos haber demostrado 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 por el contrario sobre esa base los médicos aportaron un nuevo sesgo ideológico al que enmascararon con ideas de científicidad.

Identificamos un primer período en la historia de la Psiquiatría local en el momento de fundación del Asilo de Dementes en el año 1860. Un segundo período en la vida del establecimiento, se inició entre la década del ochenta y la del noventa del siglo XIX, que coincide con la red denominación del hospicio como Manicomio Nacional pero también con los primeros cuestionamientos de los médicos a las religiosas que gobernaban el establecimiento. A la nueva posición de los médicos se sumó otro elemento que fue 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. De modo que 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.

El tercer período iría desde comienzos del siglo XX hasta la sanción de la normativa sobre asistencia pública en 1910, que consagró la medicalización en el Manicomio Nacional (que desde 1911 se llamaría Hospital Vilardebó) y la formación de una Colonia de Alienados con el sistema *open door*, que buscó modificar el tratamiento de los pacientes e incorporar nuevas técnicas como la *sugestión*, primeros (y tempranos) pasos del psicoanálisis en el medio local.

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 en la expansión de la nueva disciplina médica y en 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 formalizó el tratamiento y la internación. Contrariamente a lo que se ha sostenido, en Uruguay no tuvo lugar una internación masiva e indiscriminada (al estilo de la Francia posrevolucionaria según Foucault). Si bien entre 1860 y 1890 podemos encontrar un momento donde 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 también expresa 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 lograron elaborar 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, 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 también encontramos soluciones administrativas bastante alejadas de cualquier cuerpo teórico de ideas e incluso un cuestionamiento cada vez más creciente al mero análisis de las causas orgánicas o 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 a la idea del 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 cotidianeidad 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, también 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. Incluso podríamos cuestionar si es viable referirse a los primeros médicos especializados en este tipo de afecciones como psiquiatras, habida cuenta de que los límites entre las especialidades aún eran muy difusos. Por ende, las primeras generaciones de médicos especializados en Psiquiatría buscaron incidir en las conductas de la población, fueron reproductores del orden burgués y difusores de la “modernización” económica y social que debía dejar atrás el “Uruguay bárbaro”, pero al mismo tiempo tuvieron una legítima preocupación científica sobre el mejor modo de curar a los enfermos. Y justamente la idea de “enfermedad”, antes que la “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 y la reclusión y las promesas de sanación, estudio clínico y moralización de las costumbres, ¿a quién respaldaron los gobernantes? A los médicos. ¿Y parte de la sociedad? No sin resistencia, a los médicos. Todo ello también legitimado por un contexto de ideas en el que la urbanización, el malestar ante la modernización, la movilización obrera y la necesidad de vincular al país con el mercado económico internacional ambientaron 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.

En ese ascenso tuvo un rol preponderante la Universidad de la República a través de la Facultad de Medicina pero también de 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, pero sobre todo estereotipos sobre la locura.

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.

El loco como contrafigura

Ese discurso científico incorporó a su vez 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 procura de prevenir posibles enfermedades mentales los médicos montaron distintos dispositivos con ánimo de promover hábitos y prácticas saludables. En ese contexto, la higiene se transformó no solo en una temática vinculada 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. Esto abrió el abanico para un amplio número de causas morales que podían conducir a la degeneración de la especie y a la enfermedad psiquiátrica. Escrutando los rasgos de los enfermos psiquiátricos, 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 justificar las medidas (contra la vagancia, el juego, la inversión sexual, el alcoholismo, etc.) 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. La escuela uruguaya se inclinó por la segunda posición pero sin abandonar el análisis de las causas orgánicas, difíciles de explicar desde el momento en que la autopsia cerebral no daba indicios de lesión.

Asimismo, en el último capítulo demostramos la influencia de médicos y abogados en la aplicación de políticas públicas y en la judicialización de la enfermedad, a través del estudio de los juicios de incapacidad y de los casos criminales que involucraban a enfermos psiquiátricos. La influencia de la Criminología moderna realizó un aporte sobre las características del hombre delincuente, su peligrosidad y el vínculo entre la criminalidad y la locura. Para los juristas y también para los médicos la comunidad debía ser defendida no solo ante amenazas externas, sino ante 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, quienes 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. Abogados y médicos no siempre mostraron acuerdo ante los peritajes y en más de una ocasión chocaron sus posiciones o intereses. Sin embargo, encontraron un punto de apoyatura y acuerdo en la necesidad de contener al enfermo psiquiátrico, pero también buscaron brindar mayores garantías en un proceso de modernización legal y penal.

A lo largo de todo el trabajo intentamos relacionar la categorización de una persona como “demente”, “loca”, o “degenerada” —siguiendo los conceptos de la época— con el rechazo a las prácticas de los sectores populares urbanos y rurales. 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.

El “loco” fue un pretexto que sirvió para cuestionar determinados espacios sociales o hábitos considerados perniciosos. En otras palabras, el enfermo psiquiátrico fue una contrafigura ejemplar que iba más allá de su patología. 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 (aunque los médicos se arrogaron su tratamiento).

Como surge de la investigación, 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, el respeto irrestricto a la propiedad privada. En estos intentos de “normalización” resultó fundamental el par binario “normalidad/patología” y el de “degeneración”, que permitieron construir la imagen del “otro no normalizado” como peligroso para la población. Nuevamente, la potencial peligrosidad de un paciente psiquiátrico permitió que la Psiquiatría se plegara al discurso estatal y no fuera una disciplina marginal (como Plotkin señala que ocurrió en Argentina).

El manicomio fue un pretexto que nos permitió estudiar a la sociedad uruguaya del período y algunos de los temores colectivos. Asimismo, sirvió 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 al 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 forma 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 sopesar cuánto podían afectar al conjunto de la sociedad. En otras palabras, la Psiquiatría de la época también 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 a la fecha supera los trescientos tipos de enfermedades.¹¹³² A ello se suma que en Uruguay casi nueve mil personas se encuentran actualmente internadas en los establecimientos de asistencia psiquiátrica pública,¹¹³³ 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.¹¹³⁴ 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 los tiene por protagonistas y convivimos con el Hospital Vilardebó sin cuestionar cuál ha sido su desarrollo histórico y por qué continua siendo la única alternativa posible para los enfermos psiquiátricos de menores recursos económicos y sociales.

¹¹³² Véase *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson-Sociedad de Psiquiatría de los Estados Unidos, 2013 [versión en CD].

¹¹³³ 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.

¹¹³⁴ “Director de Salud Mental: “El Vilardebó es lo peor que le puede pasar a una persona” [setiembre de 2014], en <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. Sobre Argentina Centro de Estudios Legales y Sociales y Mental Disability Rights International, *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008.

Fuentes

1) Documentación inédita

Archivo de la Facultad de Derecho

Serie Expedientes de Secretaría, Subserie planes de estudio, “Programa de Derecho penal 1er curso” (presentado por el Dr. José Irureta Goyena y aprobado el 23 de diciembre de 1905), carpeta 19.

Serie Expedientes de Secretaría, Subserie planes de estudio, Universidad de Montevideo, *Programa de Derecho penal, 1.º y 2.º Cursos*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906, carpeta 9.

Archivo General de la Nación

Administración Central, Jefatura Policial y Política de Minas.

Fondo Ex Ministerio de Gobierno y Ministerio del Interior.

Archivo de la Universidad de la República.

Archivo Particulares, Archivo del Dr. Claudio Williman.

Cárcel Correccional, paquete 1888-1891.

Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública

Consejo de Higiene Pública, paquete 1904-1906.

Fondo Cárcel del Crimen, paquete 1884-1887.

Fondo Ministerio de Gobierno, Cárcel Preventiva, Correccional y Penitenciaria, paquete 1891-1906.

Historia de la Administración, Ministerio de Salud Pública, Archivo del Hospital de Caridad de Montevideo.

Historia de la Administración, IV Congreso Médico Latinoamericano. Río de Janeiro, 18 de agosto de 1909, Comité de Propaganda.

Ministerio de Instrucción Pública

Archivo General de la Nación, Sección Judicial

Juzgado del Crimen

Juzgado del Crimen del Primer Turno, “Juan Casareti, por estar robando en la Iglesia Matriz”, 9 de setiembre de 1830, caja 14.

“Sumario instruido sobre suicido de Antonio Campodónico”, octubre 2/880, expediente n.º 122.

Juzgado del Crimen de 2º Turno, “Macario Estevan Sayes Orduña, por desacato, heridas y muerte de Antonio Borges”, 17 de diciembre de 1895, expediente n.º 183.

Juzgado Civil del Cuarto Turno

Juzgado Civil del 4.º Turno, “González, Antonio, incapacidad”.

Juzgado Civil del 4.º Turno, “Zapoli, 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”, en Archivo del Ministerio de Relaciones Exteriores del Uruguay, Fondo Alberto Guani, caja 12, carpeta 7.

Archivo Nacional de la Imagen, SODRE

Colección Fitz-Patrick, Manicomio Nacional.

Centro de Fotografía de Montevideo

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.

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

Manuscritos del doctor Enrique Castro

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, tomo 1455.

Papeles del doctor Francisco Soca

Anotaciones y testimonios de carácter científico. Copia de trabajos sobre temas de Medicina, carpeta n.º 1863

2) Documentación editada

Anuario estadístico de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Tipografía Oriental, 1885.

ACEVEDO, EDUARDO, *La enseñanza universitaria en 1904. Informe presentado por Eduardo Acevedo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1905; EDUARDO ACEVEDO, *La enseñanza universitaria en 1905. Informe presentado por Eduardo Acevedo, Rector de la Universidad de Montevideo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1906. *Archivo Artigas*, Montevideo, Comisión Nacional Archivo Artigas, vol. XXII.

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, Cirujía 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.
- BOUTON, ROBERTO, *La vida rural en el Uruguay*, Montevideo, Ediciones de Banda Oriental, 2009, 3.^a ed.
- 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/d, 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.
- CARRASCO, SANSÓN, “El capitán Viruta”, en *La Razón*, 27 de junio de 1885, tomado de SANSÓN CARRASCO, *Personajes montevidianos*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2000, pp. 19-24.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, La Idea, 1876, vol. I.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Matías Alonso Criado, 1877, vol. II.
- Colección legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Imprenta Rural, 1878, vol. III.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Manuel A. Criado, 1882, vol. VIII.
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Manuel Alonso Criado, 1886, vol. X (segunda parte).
- Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay*, Montevideo, Editor Pedro Ortiz, 1889, vol. XII.
- 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 CASTRO, MANUEL, *Oficio de vivir*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1959.
- 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 SALTERAIN, JOAQUÍN, *Contribución al estudio del alcoholismo en el Uruguay. Informe oficial presentado al Primer Congreso Médico Nacional, efectuado en Montevideo en abril de 1916*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1917.
- DE VEYGA, FRANCISCO, “Anarquismo y anarquistas”, en *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, año VII, n.º 20, setiembre de 1897.
- DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE LA CAPITAL, *Prontuario consultivo policial. Administración del coronel Juan Bernassa y Jerez*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1904, vol. I.
- Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes. Primer período de la 11.ª legislatura*, Montevideo, s/d, 1879, tomo XIX.
- Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1907.
- , Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1911.
- DÍAZ, PEDRO, *El crucifijo; su retiro de las casas de beneficencia*, Montevideo, Tipográfica Jiménez, 1906.
- DÍAZ PEÑA, A., *Manual de hidropatía doméstica o recopilación de lo más selecto que se ha escrito hasta el día por los Doctores más distinguidos en la ciencia, principalmente por los eminentes Dres. Edwar, Walter y Howard Johnson de Londres arreglada a las necesidades del país, y considerablemente aumentada por A. Díaz Peña*, Montevideo, Imprenta de Dermidio de María y Hermano, 1861.
- El Argos de Buenos Aires. 1822. Reimpresión facsímil dirigida por los señores Antonio Dellepiane, Mariano de Vedia y Mitre, Rómulo Zabala y prologada por el señor Arturo Capdevila*, Buenos Aires, Biblioteca de la Junta de Historia y Numismática Americana, 1937, tomo XIV.
- El libro del Centenario del Uruguay*, Montevideo, Capurro y Cía., 1930.
- El Secretario del Turista. Guía semestral*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1903.
- El tiempo viejo: cronistas y memorialistas* [selección, ordenación y títulos Carlos Real de Azúa], Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1968.
- ELLIS, HAVELOCK, *La inversión sexual*, Buenos Aires, Editorial Partenon, 1949 [1897], 2.ª ed.
- ETCHEPARE, BERNARDO, *Los débiles mentales*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1913.
- FERRÁN, ANTONIO, *La mala vida en el 900*, Montevideo, Arca, 1967.
- FERRI, ENRICO, *Sociología criminal*, Madrid, Centro Editorial de Góngora, s.d.
- FREUD, SIGMUND, “Tres ensayos de la teoría sexual” [1905], en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1978, vol. VII.
- GIMÉNEZ, JOSÉ A., *La tramitación de juicios. Manual de abogacía práctica*, Montevideo, La Tribuna Popular, 1894, vol. I.
- GIRIBALDI, Alfredo, *El régimen penitenciario en Montevideo*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1901.
- GRANADA, DANIEL, *Reseña histórico descriptiva de antiguas y modernas supersticiones del Río de la Plata*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1896.
- 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, Archivo General de la Nación, Colección de Folletos, n.º 116.
- “Informe del señor Cónsul de Francia en Montevideo, M. Raymond Baradère, al Ministerio de Relaciones Exteriores de Francia”, Montevideo, 1834, en Alfredo

- Castellanos, “Dos informes acerca de la República Oriental del Uruguay en 1834 y 1835”, en *Revista Histórica*, Montevideo, julio de 1958, tomo XVIII, números 82-84.
- 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.
- JAUME Y BOSCH, MIGUEL, *El Taller Nacional y la Pena de Muerte*, Montevideo, s/d, 1878, Archivo General de la Nación, Colección de Folletos Uruguay, n.º 266.
- 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*, Dornaleche, Montevideo, 1915.
- *Catecismo de higiene*, Montevideo, Imprenta Artística Dornaleche, 1917.
- *Proyectos de higiene*, Montevideo, Imprenta J. Mercant, 1922, vols. I y II.
- *Discurso contra la ley de represión del proxenetismo. El abolicionismo y el reglamentarismo*, Santa Lucía, Empresa Caputi, 1924.
- Ley de abigeato de la República Oriental del Uruguay. Sancionada en 1882*, Montevideo, La Nación, 1882.
- 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/d.
- MARTÍNEZ, MARTÍN C., *Escritos sociológicos 1881-1885*, Montevideo, Biblioteca Artigas-Colección de Clásicos Uruguayos, 1965, tomo LXXVIII.
- MÁS DE AYALA, ISIDRO, *Cuadros de hospital*, Montevideo, Imprenta Renacimiento, 1926.
- 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*, Barcelona, Imprenta del Heredero, 1869, vols. I y II.
- 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*, Montevideo, Librería Americana de A. Monteverde y Cía., 1906, 2.^a ed.
- 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.e., 1891.
- *Novísimas y últimas cosas de antaño*, Montevideo, s.e., 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, Archivo General de la Nación, Colección de Folletos, n.º 116.
- 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*, Montevideo, Imprenta a Vapor de El Siglo, 1896, vol. XVIII.
- REYLES, CARLOS, *Academias y otros ensayos*, Montevideo, Claudio García y Cía. Editores, s/d.
- ROCCA, PABLO (comp.), *De la Patria Vieja al Centenario. La vida social y las costumbres*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1992.
- 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*, Montevideo, La Mañana, 1924, vol. II.
- 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.
- SAENZ Y CRIADO, JOSÉ, *Elementos de Medicina Legal y toxicología. Escritos con arreglo a las explicaciones de D. Teodoro Yañez, 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 Saenz 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*, Montevideo, diciembre de 1966, tomo XXXVII, año LX, números 109-111.
- Segunda Reunión del Congreso Científico Latino Americano celebrada en Montevideo del 20 al 31 de marzo de 1901*, Montevideo, Tipográfica y Encuadernación Al Libro Inglés, 1901, vol. I.
- 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)*, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1903, vol. II.

- 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*, Montevideo, octubre-noviembre de 1957, n.º 2.
- 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.
- Tercera 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.
- TURENNE, AUGUSTO, “Historia de la Facultad de Medicina de Montevideo. Vida, pasión y muerte de la cátedra de homeopatía”, Montevideo, Monteverde, 1946, apartado de los *Archivos uruguayos de Medicina, Cirugía y especialidades*, mayo-junio de 1946, números 5 y 6, tomo XXVIII.
- “José Scoseria”, en *Anales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, Facultad de Medicina, 1946, vol. XXXI, pp. 544-572.
- 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.d., 1901.
- *Infancia y juventud*, Montevideo, Arca, 1969.
- ZUVIRÍA, FACUNDO, *Las Hermanas de la Caridad*, Montevideo, Imprenta del Mercurio, 1858.

Tesis de grado Facultad de Derecho de la Universidad de la República

- CAPELLA Y PONS, FRANCISCO, *La Medicina Legal y la jurisprudencia médica. Lijero estudio presentado a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales*, Montevideo, Imprenta y Encuadernación de Rius y Becchi, 1882.
- CROVETTO, GREGORIO, *La codelinquencia y la complicidad. Tesis presentada a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales para optar el grado de doctor en Jurisprudencia*, Montevideo, 1884, Imprenta a Vapor de El Ferrocarril.
- 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 Heguy 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.
- RAMÍREZ, JUAN PEDRO, *Política individualista* [tesis para optar el grado de Doctor en Derecho y Ciencias Sociales], Montevideo, Imprenta de El Siglo, 1883.
- RAMOS SUÁREZ, DIONISIO, *Exposición crítica de nuestro sistema penitenciario*, Montevideo, Tipográfica Uruguay de M. Martínez, 1903.

ROMEY 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 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.

VICIN THIEVENET, 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.

3) Prensa

Revistas científicas

Anales de la Universidad (1891-1910).

Anales del Ateneo del Uruguay (1880-1882).

Annales Médico-Psychologiques (1899-1916).

Boletín de la Sociedad Ciencias y Artes (1877-1885).

Boletín del Consejo Nacional de Higiene (1909)

Boletín jurídico-administrativo. Revista hebdomadaria enciclopédica (1876-1877)

Boletín médico-farmacéutico (1876-1882).

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).
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), 1906.
El Bien Público (Montevideo), varios años.
El Día (Montevideo), varios años.
El Hombre (Montevideo), 1916.
El Liberal (Montevideo), 1908.
El Norte (Tacuarembó), 1882.
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), 1897.
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

- AAVV, *Inmigración y estadísticas en el Cono Sur de América. Argentina, Brasil, Chile, Uruguay*, Montevideo, Organización de los Estados Americanos-Instituto Panamericano de Geografía e Historia, 1990.
- ABAD DE SANTILLÁN, DIEGO, *Gran Enciclopedia Argentina*, Buenos Aires, Ediar, 1956, vol. I.
- ABLARD, JONATHAN, *Madness in Buenos Aires: Patiens, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*, Calgary, University of Calgary Press, 2009.
- ACEVEDO, EDUARDO, *Anales Históricos del Uruguay*, Montevideo, Barreiro y Ramos, 1934, vol. IV.
- AGUIRRE, CARLOS, JOSEPH, GILBERT, SALVATOR, RICARDO (editores.), *Crime and Punishment in Latin America*, Durham, Duke University Press, 2001.
- ALBORNOZ, MARTÍN, “Pietro Gori en la Argentina (1898-1902): anarquismo y cultura”, en Paula Bruno, (coordinadora), *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 AAVV, *Antisemitismo en Uruguay. Raíces, discursos, imágenes (1870-1940)*, Montevideo, Ediciones Trilce, 2000.
- ALLER, GERMÁN, *Dogmática de la acción y praxis penal*, Montevideo, BdeF, 2008.
- ANSALDI, WALDO, FUNES, PATRICIA, “Patologías y rechazos. El racismo como factor constitutivo de la legitimidad política del orden oligárquico y la cultura política latinoamericana”, en *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, Ciudad de México, vol. 1, n.º 2, setiembre-diciembre de 1994, pp. 193-229.
- APUD, ISMAEL, BORGES, CRISTINA, TECHERA, ANDRÉS, *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*, Montevideo, CSIC, Universidad de la República, 2009.
- ARESTI, NERERA, “Pensamiento científico y género en el primer tercio del siglo XX”, en *Vasconia*, Bilbao, 1998, n.º 25, 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.
- ARDAO, ARTURO, *La Universidad de Montevideo. Su evolución histórica*, Montevideo, Centro de Estudiantes de Derecho, 1950 [también edición 2008].
- *Etapas de la inteligencia uruguaya*, Montevideo, Universidad de la República, 1968.
- *Espiritualismo y Positivismo en Uruguay*, Montevideo, Biblioteca Artigas, Ministerio de Educación y Cultura, 2008.
- ARDUINO, MARGARITA, GINÉS, ÁNGEL, “Cien años de la Colonia Etchepare” (2012), http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/colonia_etchepare100.pdf (última consulta: 21/2/2015).
- ARMUS, DIEGO, “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”, en MIRTA LOBATO (directora), *El progreso la modernización y sus límites*, Buenos Aires, Sudamericana, 2000, vol. V. Nueva Historia Argentina, 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*, Barcelona, Gedisa, 2000, segunda edición.

- BACH JENSEN, RICHARD, “The International Anti-Anarchist Conference of 1898 and the Origins of Interpol”, en *Journal of Contemporary History*, abril 1881, vol. XVI, n.º 2.
- BARRÁN, JOSÉ PEDRO, *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1990, vols. I y II.
- “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*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1992-1995, vols. I-III.
- “El adolescente, ¿una creación de la modernidad?” en José Pedro Barrán, Gerardo Caetano, Teresa Porzecanski, *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920*, Montevideo, Santillana, 1996, vol. II, 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.
- NAHUM, BENJAMÍN, *Historia Rural del Uruguay moderno*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1967, vol. I
- *Batlle, los estancieros y el Imperio Británico. El Uruguay del Novecientos*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1979, vol. I.
- *Batlle, los estancieros y el Imperio Británico*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1982, vol. III.
- *Batlle, los estancieros y el Imperio Británico*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1985, vol. VI.
- BARRIOS PINTOS, ANÍBAL, BESPALI, YUBRANDAT, “Los comienzos de la asistencia psiquiátrica en el Uruguay”, en *El Día* [suplemento dominical], 11 y 18 de marzo de 1973.
- BASAGLIA, FRANCO (ed.), *Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*, Ciudad de México, Siglo XXI, 1987, tercera edición.
- BASSA, DANIELA, DI LISCIA, MARÍA SILVIA, “Médicos, jueces y locos. Sobre peritaje de insania y justicia en el Interior argentino, 1890-1930”, en *Horizontes, Bragança Paulista*, San Pablo, enero-diciembre de 2003, vol. XXI.
- BELMARTINO, SUSANA, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.
- BERETTA, ALCIDES, *Inmigración europea e industria. Uruguay en la región (1870-1915)*, Montevideo, Universidad de la República, 2014.
- BOHOSLAVSKY, ERNESTO, “Uso (y abuso) de Foucault para mirar a las instituciones de castigo en Argentina, 1890-1930”, en *Cyber Humanitatis*, 2005, n.º 35, http://web.uchile.cl/vignette/cyberhumanitatis/CDA/texto_sub_simple2/0,1257,PRID%253D16159%2526SCID%253D16174%2526ISID%253D576,00.html (última consulta: 21/2/2015).
- “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.

- DI LISCIA, MARÍA (coordinadores), *Instituciones y formas de control social en América Latina. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo, 2005.
- BOHOSLAVSKY, ERNESTO, LVOVICH, DANIEL, “Elitismo, violencia y degeneración física en los diagnósticos de las derechas argentina y chilena (1880-1945)”, en *Nuevo Mundo/Mundos Nuevos*, <http://nuevomundo.revues.org/57777> (última consulta: 21/2/2015).
- BONFANTI, DANIELE, CHAGAS, KARLA, DUFFAU, NICOLÁS, RUIZ, ESTHER, STALLA, NATALIA, *Una poderosa máquina opuesta a la ignorancia. 100 años de la Facultad de Agronomía*, Montevideo, Facultad de Agronomía, Universidad de la República, 2007.
- BOURDIEU, PIERRE, “Campo científico”, en Pierre Bourdieu, *Intelectuales, política y poder*, Buenos Aires, EUDEBA, 2000, pp. 75-110.
- BOURKE, JOANNA, “Fear and Anxiety: Writing about Emotion in Modern History”, en *History Workshop Journal*, primavera de 2003, n.º 55, pp. 111-133.
- BUÑO, WASHINGTON, *Historia de la vacunación antivariólica*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1986.
- BURKE, PETER, *Historia social del conocimiento. De Gutenberg a Diderot*, Barcelona, Paidós, 2002.
- BURGUES, SANDRA, 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.
- GEYMONAT, ROGER, *La secularización uruguaya (1859-1919). Catolicismo y privatización de lo religioso*, Montevideo, Taurus, 1997.
- GREISING, CAROLINA, SÁNCHEZ, ALEJANDRO, *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.
- *Usos de Foucault en la investigación histórica*, Buenos Aires, Universidad de San Andrés, 2005, Documento de Trabajo n.º 18.
- (compiladora), *La ley de los profanos. Delito, justicia y cultura en Buenos Aires: 1870-1940*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- *La ciudad y el crimen. Delito y vida cotidiana en Buenos Aires, 1880-1940*, Buenos Aires, Sudamericana, 2009.
- CAMOU, MARÍA, PELLEGRINO, ADELA, “Dimensioni e caratteri demografici dell’immigrazione italiana in Uruguay, 1860-1920”, en FERNANDO DEVOTO (compilador), *L’emigrazione italiana e la formazione dell’Uruguay moderno*, Turín, Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, 1993.
- CAMPIGLIA, NÉSTOR, *Estatización y burocracia*, Montevideo, Enciclopedia Uruguaya, 1969, n.º 40.
- 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*, Madrid, julio-diciembre de 2013, vol. LXV, n.º 2, <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/561/608> (última consulta: 21/2/2015).
- CANO, AGUSTÍN, “Apuntes para una genealogía del manicomio en Uruguay” [inédito].
- CAPONI, SANDRA, “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel”, en *scientiæ studia*, San Pablo, vol. VII, n.º 3.

- CASAROTTI, HUMBERTO, “Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, 2007, vol. LXXI, vol. 2, pp. 153-163.
- CASTEL, ROBERT, *El orden psiquiátrico*, Madrid, Las Ediciones de la Piqueta, 1980.
- *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2009.
- CASTRO, EDGARDO, *Diccionario Foucault. Tems, conceptos y autores*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2011.
- Centenario de la Suprema Corte de Justicia 1907-2007*, Montevideo, CEJU-SCJ, 2007.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES, MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL, *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008.
- CHERONI, ALCION, *El pensamiento conservador en el Uruguay*, Montevideo, ClaeH, 1986.
- “Contexto ideológico y fundamento filosófico del poder médico en el Uruguay”, en AAVV, *La medicalización de la sociedad*, Montevideo, Instituto Goethe-Nordan Comunidad, 1993.
- COLLAZO, ISABEL, PALUMBO, LETICIA, 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, PERROT, MICHELLE, “Entre bastidores”, en *Historia de la vida privada. De la Revolución Francesa a la Primera Guerra Mundial*, Madrid, Taurus, 2001, vol. IV.
- CORREA GÓMEZ, MARÍA JOSÉ, “Electricidad, alienismo y modernidad: The Sanden Electric Company y el cuerpo nervioso en Santiago de Chile, 1900-1910”, *Nuevo Mundos/Mundos Nuevos*, Colloques, puesto en línea el 9/6/2014: <http://nuevomundo.revues.org/66910>; DOI: 10.4000/nuevomundo.66910 (última consulta: 16/9/2014).
- CORTÉS ROCCA, PAOLA, “José Ingenieros (1877-1925)” en *Relics & Selves. Iconographies of the National in Argentina, Brazil and Chile, 1880-1890*, <http://www.bbk.ac.uk/ibamuseum/texts/Cortes01E.htm> (última consulta: 21/2/2015).
- DA SILVEIRA, PABLO, 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.
- DE SALTERAIN Y HERRERA, EDUARDO, *Latorre. La Unidad Nacional*, Montevideo, Estado Mayor del Ejército, 1975.
- DE TORRES, MARÍA INÉS, *La guerra de las palabras*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2008.
- DEL PINO, LUISA, LANTERNA, WASHINGTON, *Crónicas del Hospital Pinilla: Paysandú 1858-1927*, Montevideo, s/d, 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*, Montevideo, 2013, vol. VIII, número monográfico dedicado a José Pedro Barrán.
- DO CAMPO, OSVALDO, “La ‘locura’ del virrey y otras ‘locuras’”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 67, n.º 1, agosto 2003, pp. 39-51.
- DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson-Sociedad de Psiquiatría de los Estados Unidos, 2013 [versión en CD].
- DUFFAU, NICOLÁS, “¿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*, Universidad de Murcia, n.º 6, 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*, Montevideo, 2013, vol. VIII, número monográfico dedicado a José Pedro Barrán.
- “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 *Culturas Psi/Psy Cultures*, Buenos Aires, n.º 1, pp. 108-125, <http://www.culturaspsi.org/#!/Número-1-Culturas-PsiPsy-Cultures-Psicoanálisis-y-Ciencias-Humanas/c16ee/556E462F-DDF8-401E-9CBE-42A7987A1D65> (última consulta: 21/2/2015).
- “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, Debols!illo [sic], 2011.
- ELIAS, NORBERT, “Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecidos y marginados”, en *La civilización de los padres y otros ensayos*, Bogotá, Norma, 1998, pp. 79-138.
- FARGE, ARLETTE, *O sabor do arquivo*, San Pablo, Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
- FASSANO, JUAN PABLO, “Entre leyes y juristas. Textos didácticos y saberes jurídicos en la enseñanza de derecho criminal en Buenos Aires, 1820-1880”, en *Avances del Cesor*, Rosario, Centro de Estudios Sociales Regionales, 2009, vol. VI, pp. 155-183.
- 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 enero-junio 2015, pp. 288-309.
- FERRO, GABO, *Degenerados, anormales y delincuentes: gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*, Buenos Aires, Marea, 2010.
- FERNÁNDEZ SALDAÑA, JOSÉ MARÍA, “Mombrú, el médico del agua fría”, en *El Día* [suplemento dominical], 31 de mayo de 1936.
- “José María Rosete y ‘El Ferrocarril’”, en *El Día* [suplemento dominical], 28 de junio de 1936.

- “Para la historia del Hospital Vilardebó”, en *El Día* [suplemento dominical], 20 de diciembre de 1942, p. 5.
- *Diccionario uruguayo de biografías 1810-1940*, Montevideo, Editorial Amerindia, 1945.
- 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*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2005, segunda edición corregida y aumentada.
- 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*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1990, vols. I y II.
- *Historia de la sexualidad*, Ciudad de México, Siglo XXI, 1998, vol. I, vigésimo quinta edición.
- *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*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009, segunda edición.
- *Los anormales. Curso en el College de France (1974-1975)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2010.
- FREGA, ANA, TROCHÓN, YVETTE, “Los fundamentos del Estado empresario (1903-1933)”, en *Cuadernos del Claeh*, Montevideo, 1991, n° 58-59.
- FREITAS DE OLIVERA, CLÁUDIA, “Asilos de alienados. Entre cotidiano e enfrentamientos (1886-1920)”, en SEBASTIÃO PIMENTEL FRANCO, DILENE RAIMUNDO DO NASCIMENTO, ETHEL LEONOR NOIA MACIEL, *Uma história brasileira das doenças*, Belo Horizonte, Finco Traço, 2013, pp. 113-128.
- GALEOTTI, RAQUEL, *Adolescentes infractoras. Discursos y prácticas del sistema penal juvenil uruguayo*, Montevideo, Psicolibros, 2013.
- 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*, Buenos Aires, 1992, vol. II.
- GINÉS, ÁNGEL, “Noventa años de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina”, 1997, <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias94/art11.htm> (última consulta: 21/2/2015).
- “Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, octubre de 1998, vol. 62, n.º 2, pp. 37-40.
- GINZBURG, CARLO, *El juez y el historiador*, Madrid, Anaya & Muchnik, 1993.
- GIURIA, JUAN, *La arquitectura en el Uruguay. De 1830 a 1900*, Montevideo, Universidad de la República, Facultad de Arquitectura-Instituto de Historia de la Arquitectura, 1958, tomo II, vol. I.
- GOFFMAN, ERVING, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1964.

- GONZÁLEZ LEANDRI, RICARDO, “La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900”, en *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, vol. 7, núm. 1, febrero-agosto, 2006, pp. 36-78.
- *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorroutu, 2008.
- GORLERO BACIGALUPI, RUBÉN, “A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, mayo-junio de 1980, n.º 267, pp. 87-97.
- GOUVÊA, MAGALI, *Os delírios da razão –médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*, Río de Janeiro, Fiocruz, 2001.
- GRAÑA, FEDERICO, SEMPOL, DIEGO, “Salvar a la patria y a la familia. Dictadura, disidencia sexual y silencio”, en SOLEDAD GONZÁLEZ BAICA, MARIANA RISSO (comps.), *Las laurencias. Violencia sexual y de género en el terrorismo de Estado uruguayo*, Montevideo, Ediciones Trilce, 2012, pp. 85-104.
- GUIADRONE, CARLA, *La degeneración del 900. Modelo estético-sexuales de la cultura en el Uruguay del Novecientos*, Montevideo, Trilce, 2005.
- GUTIÉRREZ BLANCO, HORACIO (editor), *Médicos uruguayos ejemplares*, Montevideo, Asociación Médica del Uruguay, 1989, vols. I-III.
- 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, 1985.
- ISLAS, ARIADNA, *La Liga Patriótica de Enseñanza. Una historia sobre ciudadanía, orden social y educación en el Uruguay (1888-1898)*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2009.
- JACOB, RAÚL, *Consecuencias sociales del alambamiento*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1969.
- KALIFA, DOMINIQUE, *Crime et culture au XIXème siècle*, París, Perrin, 2005.
- KREPPER, PAUL, *The Invention of International Crime. A Global Issue in the Making, 1881-1914*, Londres, Plagrove-Macmilan, 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 Sandra Burgues Roca, Fernando Mañé Garzón, *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (correspondiente al año 2004)*, Montevideo, Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, volumen XXIV.
- LOCKHART, JORGE, *La historia del Hospital Maciel*, Montevideo, Editora de Revistas, 1982.
- LOUDET, OSVALDO, *Médicos argentinos*, Buenos Aires, Editorial Huemul, 1966.
- MANN, MICHAEL, *Las fuentes del poder social*, Madrid, Alianza, 1991, vol. I.
- MAÑÉ GARZÓN, FERNANDO, *Pedro Visca: fundador de la clínica médica en el Uruguay*, Montevideo, Talleres Gráficos Barreiro, 1983.
- *Un siglo de darwinismo*, Montevideo, Facultad de Medicina, Universidad de la República, 1990.
- 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*, Madrid, 1999, vol. XIX.
- MARKARIAN, VANIA, (coordinadora), *1908. El año augural*, Montevideo, Universidad de la República, 2008.
- 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, SOIZA LARROSA, AUGUSTO, “Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1987, números vol. LII, números 309-310, pp. 169-179.
- MURGÍA, DANIEL, PUPPO, HÉCTOR, “La Cátedra de Psiquiatría. Su evolución histórica”, en *Sesiones de la Sociedad de Historia de la Medicina*, Montevideo, s/d, 1988.
- NEIBURG, FEDERICO, PLOTKIN, MARIANO (compiladores), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 2004.
- NOVELLA, ENRIC, “Locura, opinión pública y Medicina mental en los orígenes de la España contemporánea”, en *Medicina e Historia. Revista de Estudios Históricos de las Ciencias de la Salud*, Madrid, n.º 1, 2012.
- OBREGÓN, RODOLFO, “La Colonia Etchepare”, en *El Día* [suplemento dominical], 8 de enero de 1951.
- ODDONE, JUAN, *Los gringos*, Montevideo, Arca, 1969, Enciclopedia Uruguaya, vol. XXVI.
- PARÍS, 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)*, Montevideo, Universidad de la República, 1971, 2 vols.
- PAVARINI, MASSIMO, *Control y dominación. Teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1999, 2.ª ed.
- PELLEGRINO, ADELA, “Vida conyugal y fecundidad en la sociedad uruguaya del siglo XX: una visión desde la demografía”, en JOSÉ PEDRO BARRÁN, GERARDO CAETANO, TERESA PORZECANSKI, *Historias de la vida privada en el Uruguay. Individuos y soledades 1920-1990*, Montevideo, Taurus, 1997, vol. III.
- *La población de Uruguay. Breve caracterización demográfica*, Montevideo, UNFPA, 2010.
- PÉREZ FONTANA, VELARDE, *Historia de la Medicina en el Uruguay*, Montevideo, Ministerio de Salud Pública, 1967, 4 vols.
- PESAVENTO, SANDRA JATHAY, *Visiões do Cárcere*, Porto Alegre, Zouk, 2009.
- PERUCHENA, LOURDES, *Buena madre, virtuosa ciudadana. Maternidad y rol político de las mujeres de las élites (Uruguay, 1875/1905)*, Montevideo, Rebeca Linke Editoras, 2010.
- PEYROU, ROSARIO, “María Eugenia Vaz Ferreira. Su paso en la soledad”, en AAVV, *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*, Duke University, n.º 81, vols. 3, 4, 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.
- “El policía, el juez, la familia y el posadero o cómo algunos porteños entendieron de demencias y locuras. Buenos Aires, 1870- 1890”, en *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 5, enero-junio 2015, pp. 84-102.
- 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 ROBERTO BERGALLI, ENRIQUE MARI (coordinadores), *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.
- PRATT, JOHN, *Castigo y civilización. Una lectura crítica sobre las prisiones y los regímenes carcelarios*, Barcelona, Gedisa, 2006.
- REAL DE AZÚA, CARLOS, *El impulso y su freno. Tres décadas de batllismo*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1964.
- *Antología del ensayo uruguayo contemporáneo*, Montevideo, Universidad de la República, 1964, vol. I.
- *El patriciado uruguayo*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1981.
- REVEL, JACQUES, “Foucault: el momento historiográfico”, en Jacques Revel, *Un momento historiográfico. Trece ensayos de historia social*, Buenos Aires, Manantial, 2005, pp. 133-142.
- REVEL, JUDITH, *Diccionario Foucault*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2009.
- REYES ABADIE, WASHINGTON, *Latorre, la forja del Estado*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental-La República, s/d, vol. VIII.
- RIAL, JUAN, *Estadísticas Históricas de Uruguay 1850-1930*, Montevideo, Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay, 1980, Cuaderno n.º 40.
- RILLA, JOSÉ, *La mala cara del reformismo. Impuestos, Estado y política en el Uruguay. 1903-1916*, Montevideo, arca, 1992.
- RÍOS MOLINA, ANDRÉS, “El Manicomio General La Castañeda en México”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Debates, 2009, <http://nuevomundo.revues.org/50242> (última consulta: 21/2/2015).
- “Un mesías, ladrón y paranoico en el manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, enero-julio de 2009, n.º 37, pp. 71-96.
- RIVERA-GARZA, CRISTINA, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General La Castañeda, México 1910-1930”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, 2001, vol. 51, pp. 57-89.
- RODRÍGUEZ VILLAMIL, SILVIA, *Las mentalidades dominantes en Montevideo (1850-1900)*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2008, segunda edición.
- ROMERO, LUIS ALBERTO, SÁBATO, HILDA, *Los trabajadores de Buenos Aires: la experiencia del mercado, 1850-1880*, Buenos Aires, Sudamericana, 1992.
- RUIBAL, BEATRIZ, *Ideología del control social. Buenos Aires 1880-1920*, Buenos Aires, CEAL, 1993.
- RUSSO, JANE, “Psychoanalysis in Brazil. Institutionalization and Dissemination among the Lay Public”, en *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, Tel Aviv, 2007, vol. XVIII, n.º 1, pp. 63-80 [Dossier Psychoanalysis North and South].
- 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, 2005, pp. 9-33.
- “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, en Claudia Agostini, *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, Ciudad de México, UNAM-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, 99-123.

- “La locura se topa con el manicomio. Una historia para contar”, en *Cuicuilco*, vol. XVI, n.º 4, enero-abril, 2009, pp. 163-189.
- SALESSI, JORGE, *Médicos, maleantes y maricas*, Rosario, Beatriz Viterbo Editora, 2000 [1993], 2.ª ed.
- 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, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, primer semestre 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)*, Montevideo, 2001, tesis de maestría [inédito].
- SCARZANELLA, EUGENIA, *Italiani malagente. Inmigración, criminalidad, razzismo in Argentina, 1890-1940*, Milán, Franco Angeli, 2007, séptima edición.
- SCHIAFFINO, RAFAEL, *Historia de la Medicina en el Uruguay*, Montevideo, Facultad de Medicina, 1935-1942, vols. II y III.
- SEMPOL, DIEGO, *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*, Montevideo, Debate, 2013.
- “Intimidad y (homo)sexualidad entre la empiria y la teoría social”, en *Revista de la Biblioteca Nacional*, Montevideo, 2013, vol. VIII, número monográfico dedicado a José Pedro Barrán, pp. 231-243.
- SOIZA LARROSA, AUGUSTO, “Historia de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Montevideo. 1877-1974, <http://www.Medicinalegal.edu.uy/depto/historia/dml-hist.pdf> (última consulta: 21/2/2015).
- “Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. 1788-1912”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, mayo junio de 1980, n.º 267, pp. 97-119.
- “Esbozo histórico sobre la Psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay 1788-1907”, en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1983, n.º 283, pp. 1-18.
- “Un célebre juicio de incapacidad a fines del siglo XIX y la herencia patológica del poeta Roberto de las Carreras”, en *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina*, vol. IX-X, 1992, pp. 160-167.
- SOZZO, MÁXIMO, “Locura y crimen en el nacimiento de la racionalidad penal moderna en Buenos Aires (1820-1880), en MÁXIMO SOZZO (coordinador), *Historia de la cuestión criminal en la Argentina*, Buenos Aires, Del Puerto, 2009, pp. 101-136
- SPIERENBURG, PIETER, “PUNISHMENT, Power and History. Foucault and Elias”, en *Social Science History*, invierno de 2004, vol. XXVIII, n.º 4, pp. 607-636.
- SZASZ, THOMAS, *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 2000.
- TROCHÓN, YVETTE, *Las mercenarias del amor. Prostitución y modernidad en el Uruguay (1880-1932)*, Montevideo, Taurus, 2003, 2.ª ed.
- TURNES, ANTONIO, *La Sífilis en la Medicina. Una aproximación a su historia*, Montevideo, Ediciones Granada, 2007.
- et al., *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 Riviére*, Buenos Aires, Paidós, 1996.

- “Las promesas del Psicoanálisis en la cultura de masas”, en Fernando Devoto, Marta Madero, *Historia de la vida privada en la Argentina*, Buenos Aires, Taurus, 1999, vol. III.
- VIDAL, DANIEL, *Florencio Sánchez y el anarquismo*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 2010
- VOMERO, FABRICIO, *Enfermedad mental, saber psiquiátrico, cultura y orden social en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX. Pedro Rodríguez Bonaparte, un anarquista en el Vilardebó*, Montevideo, 2010 [inédito].
- WADI, YONISSA, *A História de Pierina. Subjetividade, crime e loucura*, Uberlândia, Edufu, 2009.
- WASEN, MARCOS, *El amor libre en Montevideo. Roberto de las Carreras y la irrupción del anarquismo erótico en el Novecientos*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental-Biblioteca Nacional, 2015.
- WEBER SANTOS, NÁDIA MARIA, *Narrativas da loucura e Histórias de Sensibilidades*, Porto Alegre, UFRGS, 2008.
- “Narrativas do sensível: uma breve história das sensibilidades sobre a loucura (século XX-Brasil)”, en *Naveg@merica*, Murcia, n.º 5, 2010.
- 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*, Montevideo, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, vols. I y II.
- WSCHEBOR, ISABEL, “Mostrar lo invisible y revelar la cura. Los orígenes de la fotografía científica en Uruguay. 1890-1930”, en MAGDALENA BROQUETAS (coordinadora), *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.
- ZUBILLAGA, CARLOS, “El difícil camino de la participación política. Población, ciudadanía y electorado (1898-1918)”, en FERNANDO DEVOTO, MARCELA FERRARI (coordinadores), *La construcción de las democracias rioplatenses: proyectos institucionales y prácticas políticas 1900-1930*, Buenos Aires, Biblos, 1994, pp. 31-68.
- *Cultura popular en el Uruguay de entresiglos (1870-1910)*, Montevideo, Linardi y Risso, 2011.

Sitios web

Hospital Vilardebó: <http://www.hospitalvilardebo.com.uy>

Psiquifotos: <http://www.psiquifotos.com>