



A MEDICALIZAÇÃO DO ESPAÇO SOCIAL:

objetos discursivos e tecnologias políticas
na América Latina do século XX

Myriam Mitjavila
(organizadora)

 editora
LiberArs


CAPES

A medicalização do espaço social:
objetos discursivos e tecnologias políticas na
América Latina do século XX

Comitê Científico

Andrés Falcone
Alessandro Octaviani
Daniel Arruda Nascimento
Eduardo Saad-Diniz
Francisco Rômulo Monte Ferreira
Isabel Lousada
Jorge Miranda de Almeida
Marcelo Martins Bueno
Miguel Polaino-Orts
Maurício Cardoso
Maria J. Binetti
Michelle Vasconcelos Oliveira do Nascimento
Paulo Roberto Monteiro Araújo
Patricio Sabadini
Rodrigo Santos de Oliveira
Sandra Caponi
Sandro Luiz Bazzanella
Saly Wellausen
Tiago Almeida
Weber Lopes Góes

A publicação de esta obra foi financiada pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina com recursos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) -



Myriam Mitjavila

(organizadora)

A medicalização do espaço social:
objetos discursivos e tecnologias políticas na
América Latina do século XX

1ª edição

LiberArs

São Paulo – 2022

A medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologias políticas na América Latina do século XX
2022, Editora LiberArs Ltda.

Direitos de edição reservados à
Editora LiberArs Ltda

ISBN 978-65-5953-083-0

Editores

Fransmar Costa Lima
Lauro Fabiano de Souza Carvalho

Revisão técnica

Cesar Lima

Capa

Fabio Costa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

M489 A Medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologias
políticas na América Latina do século XX / organizado por Myriam
Mitjavila. - São Paulo : LiberArs, 2022.
223 p. ; PDF ; 1,77 MB.

Inclui bibliografia e índice.

ISBN: 978-65-5953-083-0

1. Medicina. 2. História da Ciência. 3. História da medicina. I.
Mitjavila, Myriam II. Título.

CDD 610
CDU 61

Todos os direitos reservados. A reprodução, ainda que parcial, por qualquer meio,
das páginas que compõem este livro, para uso não individual, mesmo para fins didáticos,
sem autorização escrita do editor, é ilícita e constitui uma contrafação danosa à cultura.
Foi feito o depósito legal.

Editora LiberArs Ltda
www.liberars.com.br
contato@liberars.com.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
--------------------	---

1

OS “MALES DA NAÇÃO”: DISCURSOS MÉDICOS SOBRE EUGENIA E HIGIENE NO JORNAL CORREIO PAULISTANO (1918-1930)

Fernando Tadeu Germinatti

Myriam Mitjavila	13
------------------------	----

2

EL ESCOLAR MENTALMENTE ANÓMALO: ARÍSTIDES MESTRE Y LA MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA EN CUBA

Javier Ladrón de Guevara Marzal	35
---------------------------------------	----

3

INFANCIA, DESVIACIÓN Y PELIGROSIDAD: HACIA LA DETECCIÓN DE LOS NIÑOS SOCIALMENTE PROBLEMÁTICOS

María José Beltrán.....	57
-------------------------	----

4

A INFÂNCIA E A MEDICINA LEGAL: CONSTRUÇÃO SOCIAL DO MENOR

Arthur Ramos Gonzaga	77
----------------------------	----

5

EUGENESIA E INFANCIA EN LA SOCIEDAD URUGUAYA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Myriam Mitjavila / Elizabeth Ortega

María José Beltrán.....	100
-------------------------	-----

6

**DOS LABORATORIOS DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL
EN COLOMBIA: SECCIÓN DE MEDICINA PEDAGÓGICA Y
ORIENTACIÓN PROFESIONAL Y SECCIÓN
DE PSICOTECNIA (1932-1947)**

Erika Giraldo 117

7

**MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICOS E
USO DE PSICOFÁRMACOS NO SÉCULO XX**

Ana Carolina Welter / Sandra Caponi

Fabíola Stolf Brzozowski..... 131

8

**EL CASO DE IRIS CABEZUDO: INTERVENCIONES
PSIQUIÁTRICAS, EFECTOS Y RESISTENCIAS EN
EL URUGUAY (1935-1985)**

Fabrizio Vomero

María José Beltrán 151

9

**PROMESAS, REDUCCIONES, OMISIONES – EL VÍNCULO
ENTRE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS PARA EL CASO
DE LA ESQUIZOFRENIA**

Sandra Caponi / Esteban Cynowiec

María Fernanda Vásquez

Guillermo Folguera 171

10

**PSICOTRÓPICOS E ESTILO TERAPÊUTICO: QUESTÕES
DA MENTE E DO MERCADO NA ERA DO
CAPITALISMO AFETIVO**

Marcia da Silva Mazon..... 193

AUTORAS(ES) 213

APRESENTAÇÃO

A problemática da medicalização da vida humana tem se convertido em tema de análise recorrente na área das ciências humanas e sociais, fundamentalmente a partir das três últimas décadas do século XX. Por essa razão, e apesar da existência de um acervo científico de grande porte e de alcance internacional já produzido, as recentes pesquisas na área continuam demonstrando a vigência do tema. Isso ocorre pois ele continua renovando as perguntas, os olhares teóricos e as indagações empíricas, compreendendo também o amplo escopo de fenômenos envolvidos nos processos de medicalização.

O século XX pode ser considerado o período de maior expansão do campo de objetos de conhecimento e de intervenção da medicina científico-técnica desde suas origens, sem deixar de reconhecer a existência de antecedentes mais remotos. Nesse contexto, a medicalização da sociedade consiste, precisamente, na progressiva conversão de fenômenos sociais em objetos de olhares e práticas construídos a partir de categorias do saber médico, frequentemente por meio de processos que se apoiam na legitimidade e no monopólio conquistado pela profissão médica ao longo de sua trajetória.

O interesse das ciências sociais em desenvolver estudos sobre esse processo tem origens diversas, entretanto algumas delas merecem ser apontadas. Nesse sentido, há de se reconhecer que seria difícil analisar a experiência da modernidade sem considerar o papel que nela exerce o saber médico. Desse modo, a medicina, considerada como legítima portadora da razão científica, teve e ainda tem relevante participação em diversas facetas da modernização das sociedades. Essas importantes intervenções médicas podem ser reconhecidas na higienização e gestão do espaço urbano, no disciplinamento e na moralização do proletariado, na definição de padrões de (a)normalidade que moldaram o desempenho de papéis e funções institucionais, na gestão biopolítica do comportamento reprodutivo da população, na arbitragem social do crime e da loucura, na normatização de estilos de vida e práticas de consumo de indivíduos e famílias, na formulação de leis e de políticas públicas. Essas são algumas dimensões da ingerência da medicina nas sociedades modernas.

Contudo, essa expansão da colonização médica do espaço social não responde, apenas, a impulsos endógenos do saber e da profissão médicas,

tampouco costuma apresentar um percurso linear. Como resultado dessa percepção, existe bastante consenso entre pesquisadoras(es) acerca da importância do estudo da medicalização como fenômeno histórico e socialmente construído. Esse perfil dinâmico dos processos de medicalização decorre não apenas de sua implantação não uniforme na realidade social como também das frequentes transformações das fronteiras da medicina suscitadas pela própria sociedade, que admitem tanto a medicalização como a desmedicalização e a remodelização de objetos sociais.

Assim, o livro que ora apresentamos reúne um conjunto de textos que se debruçam sobre diversos aspectos do devir dos processos de medicalização da vida social durante o século XX no contexto latino-americano. Este material foi produzido por participantes do Ciclo 2021 dos Colóquios de Pesquisa sobre História da Medicalização, atividade organizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições (NEPPI), vinculado ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Os capítulos que compõem o livro envolvem uma diversidade de problemas e de perspectivas de análise em torno das trajetórias da medicalização da vida social em sociedades latino-americanas do século XX. Esses trabalhos são resultados de pesquisas desenvolvidas por doutorandas(os) e pesquisadoras(es) de Argentina, Brasil, Colômbia, Espanha e Uruguai.

O livro está organizado de acordo com três grandes vertentes temáticas. A primeira se debruça sobre processos de medicalização da vida social que prosperaram durante o auge do higienismo de cunho eugenista nas três primeiras décadas do século XX. A segunda compreende estudos sobre a medicalização da infância. E a terceira vertente temática se concentra na problemática da neuropsiquiatria dos comportamentos e no papel desempenhado pelos tratamentos farmacológicos nessa área.

Na primeira vertente temática, está o primeiro capítulo, intitulado “Os males da nação: discursos médicos sobre eugenia e higiene no jornal Correio Paulistano (1918-1930)”, de Fernando Germinatti e Myriam Mitjavila. Ele apresenta uma análise do campo semântico e das estratégias discursivas do saber médico divulgado por esse órgão da imprensa no respectivo período indicado. Esse jornal, como um meio de divulgação de ideias e interesses ligados ao Partido Republicano Paulista, manteve uma coluna dedicada às prédicas eugenistas e a diversas propostas de higienização do espaço social voltadas ao enfrentamento dos males que, na visão dos médicos, políticos e intelectuais que publicavam nele, comprometiam o futuro da nação.

Os seis capítulos seguintes se inscrevem na segunda vertente temática. Dessa maneira, o segundo capítulo, intitulado “El escolar mentalmente

anômalo: Arístides Mestre y la medicalización de la infancia en Cuba”, de Javier Marzal, dedica-se a discutir as articulações entre os espaços da medicina e da escola na construção da infância anormal na sociedade cubana da primeira década do século XX. O autor examina, em particular, as categorias médicas utilizadas para classificar crianças de acordo com a presença de problemas cognitivos e morais que concitavam a atenção da psiquiatria naquele período, bem como a formulação de estratégias para a detecção de anomalias não imediatamente visíveis aos olhos dos educadores.

O terceiro capítulo, “Infancia, desviación y peligrosidad: hacia la detección de los niños socialmente problemáticos”, de María José Beltrán, também aborda o tratamento dado à infância considerada problemática, neste caso no contexto da psiquiatria uruguaia no período entre 1930 e 1950. Nele, a autora analisa o papel da psiquiatria na categorização social da infância considerada anormal em um contexto caracterizado por preocupações eugênicas, gestão da periculosidade social e desdobramentos etiológicos na formação da personalidade do adulto. O capítulo inclui, ademais, a indagação sobre as principais estratégias de normalização e disciplinamento das crianças problemáticas, conforme sugerido por destacados psiquiatras da época, as quais envolvem desde o confinamento institucional até a pedagogização do espaço familiar.

No quarto capítulo, “A infância e a medicina legal: construção social da normalidade”, Arthur Ramos Gonzaga examina as relações entre eugenismo, higienismo e medicina legal nos processos de categorização da infância em situação de pobreza no Brasil, na passagem do século XIX para o século XX, em função de atributos que, à época, eram considerados precursores da criminalidade adulta, tais como ociosidade, vagabundagem e mendicidade. Dessa maneira, o autor discute o papel da medicina legal na institucionalização de ideias que estabelecem conexões entre pobreza, infância e periculosidade social, presentes na configuração de um sistema punitivista que preserva muitos dos seus elementos inaugurais até os dias de hoje.

O capítulo cinco, “Eugenesia e infancia en la sociedad uruguaya de la primera mitad del siglo XX”, de Myriam Mitjavila, Elizabeth Ortega e María José Beltrán, analisa a relevância biopolítica da infância no contexto das peculiaridades do eugenismo no Uruguai na primeira metade do século XX. As autoras examinam, em particular, a atuação dominante do saber médico na construção das bases jurídico-institucionais de proteção e assistência à infância, que envolveu uma densa rede de instituições sanitárias e educacionais, aspecto também abordado em outros trabalhos da presente publicação. O capítulo discute, ainda, o caráter estratégico da medicalização da maternidade e do espaço escolar para concretizar as promessas do ideário eugênico.

No sexto capítulo, “Dos laboratorios de psicología experimental en Colombia: Sección de Medicina Pedagógica y Orientación Profesional y Sección de Psicotecnia (1932-1947)”, Erika Giraldo dedica-se à análise dos laboratórios de psicologia experimental que, de acordo com a hipótese da autora, tiveram um papel decisivo na institucionalização da psicologia como profissão. No texto, Giraldo descreve esse processo do ponto de vista do caráter decisivo da atuação conjunta entre uma psicopedagoga e um médico na idealização de um projeto que, com bases científicas, pretendia detectar “retardos pedagógicos”, psíquicos e afetivos como obstáculos para o ingresso ou a permanência em escolas concebidas para a população infanto-juvenil considerada “normal”.

Com o capítulo sétimo, intitulado “Medicalização da infância: diagnósticos e uso de psicofármacos no século XX”, encerramos a apresentação de trabalhos que tratam da medicalização da infância. Nele, Ana Carolina Welter, Sandra Caponi e Fabíola Stolf Brzozowski analisam a expansão das categorias diagnósticas utilizadas pela psiquiatria da infância ao longo do século XX, com foco em transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), ansiedade e depressão, e transtorno bipolar. As autoras examinam, ainda, o processo de introdução de psicofármacos no tratamento de crianças, que teve início na década de 1930. Além disso, discutem os efeitos iatrogênicos do uso desse tipo de medicamento e a participação dos fatores ambientais e sociais que propiciaram, a partir das últimas décadas do século XX, um notável incremento da psiquiatrização da vida infantil.

Os capítulos finais do livro inscrevem-se na terceira vertente temática, que aborda aspectos dos processos de produção de conhecimentos e/ou de intervenções clínicas e farmacológicas na área da neuropsiquiatria no século XX. Assim, no oitavo capítulo, Fabricio Vomero e María José Beltrán apresentam, sob o título “El caso de Iris Cabezudo: intervenciones psiquiátricas, efectos y resistencias en Uruguay (1935-1985)”, uma indagação histórica sobre a trajetória biográfica de uma jovem de 20 anos de idade que cometera parricídio em 1935. A partir da análise do material documental disponível, os autores examinam o papel da medicina na construção de uma “carreira psiquiátrica” que teve uma duração de meio século, na qual foi possível identificar a presença de atributos típico-ideais do saber psiquiátrico e de seus efeitos como forma de exercício do poder.

No capítulo nove, intitulado “Promesas, reducciones, omisiones. El vínculo entre psiquiatría y neurociencias para el caso de la esquizofrenia”, Sandra Caponi, Esteban Cynowiec, María Fernanda Vásquez e Guillermo Folguera analisam a trajetória histórico-epistemológica da esquizofrenia como doença mental a partir do século XX, mais especificamente da década de 1950,

que marcou um ponto de inflexão com a introdução dos fármacos antipsicóticos. Os autores examinam as transformações experimentadas pelo próprio conceito de esquizofrenia até o presente, caracterizadas pela perda de densidade conceitual e pela utilização generalizada de modelos etiológicos reducionistas, que remetem, exclusivamente, às bases biológicas, neuroquímicas ou genéticas da doença.

Por fim, no capítulo dez, “Indústria farmacêutica e medicalização: reflexões a partir do consumo de psicotrópicos”, Marcia Mazon apresenta uma análise do percurso experimentado pela prescrição e pelo consumo de medicamentos psicotrópicos, fundamentalmente no contexto da emergência do que a autora descreve como “estilo terapêutico” na era do capitalismo afetivo, momento a partir do qual o controle emocional se transforma, segundo a autora, em uma mercadoria. Desse modo, são discutidas as relações entre essas novas exigências emocionais impostas pela vida social, a padronização de categorias diagnósticas a partir da década de 1980 e a indústria farmacêutica.

Assim, esperamos que este livro possa contribuir para o avanço na produção de conhecimentos acerca das trajetórias históricas da medicalização da vida social e para a promoção de debates e reflexões acerca dos desafios epistemológicos, teóricos e metodológicos da pesquisa nesta área temática.

Finalmente, agradecemos às autoras e aos autores que, com suas valiosas contribuições, tornaram possível a realização desta publicação.

Myriam Mitjavila

OS “MALES DA NAÇÃO”: DISCURSOS MÉDICOS SOBRE EUGENIA E HIGIENE NO JORNAL CORREIO PAULISTANO (1918-1930)¹

Fernando Tadeu Germinatti
Myriam Mitjavila

Introdução

O jornal *Correio Paulistano* iniciou suas atividades em 1854, como o primeiro jornal diário no estado de São Paulo e o terceiro em nível nacional (THALASSA, 2007). Em 1890, o periódico converteu-se em propriedade do Partido Republicano Paulista – PRP (1873-1937). A partir do momento em que passou a contar com o aparato organizacional, financeiro e comercial do próprio PRP, os conteúdos do jornal mostraram-se fortemente alinhados com os interesses partidários. Ao longo de sua quase centenária existência (1854-1963), o *Correio Paulistano* caracterizou-se por posicionamentos explícitos em torno de questões relativas à vida pública. Assim, no final da década de 1880 o periódico não hesitou em fazer propaganda em prol da campanha abolicionista e da Proclamação da República em 1889.

De forma análoga, já no século XX, o *Correio Paulistano* destacou-se pela cobertura da Semana da Arte de 1922, bem como pelo engajamento nos debates em torno da Primeira República (1889-1930), dos quais participaram figuras como Plínio Salgado (1895-1975), Menotti Del Picchia (1892-

¹ Alguns dos conteúdos deste capítulo fazem parte da dissertação de mestrado *A nação no papel: intelectuais, raça e eugenia no Correio Paulistano (1918-1930)*, defendida em outubro de 2020, no Programa de Pós-Graduação em História, da Universidade Estadual do Centro-Oeste (PPGH/UNICENTRO), sob orientação do Prof. Dr. Vanderlei Sebastião de Souza.

1988), Cassiano Ricardo (1895-1974) e Cândido Mota Filho (1897-1977)². Atento ao grande fluxo de conteúdos artístico-literários, jurídicos, político-ideológicos e científicos que proliferaram durante a primeira metade do século XX, o jornal dedicou bastante espaço a diversas manifestações do pensamento médico em torno de questões que se encontravam no âmago de grande parte dos debates que reuniam, nesse período, diversos representantes do pensamento erudito e do campo político, tais como as relativas à higiene e saúde públicas.

Com foco nessas questões, o presente capítulo, apresenta uma análise qualitativa do campo semântico e das estratégias discursivas do saber médico divulgado pelo *Correio Paulistano* entre 1918 e 1930. A escolha por esse material obedece ao fato dele ilustrar, de forma bastante nítida, o papel do saber médico no combate aos “males da nação” por meio de estratégias biopolíticas de gestão do espaço social que no Brasil, da mesma forma que em outros contextos nacionais, estruturam-se em nome de princípios e ideias higienistas e eugênicas. Nesse contexto, o jornal abriu espaço em suas páginas para médicos como Aníbal Silveira, Aristides Ricardo, Amphiphio Mello e aos juristas Oliveira Vianna e Cândido Mota Filho³, que demonstraram uma vocação, simultaneamente profissional e política, na busca de soluções e estratégias para as ameaças decorrentes, entre outras fontes, da composição racial da população, da situação sanitária e social da infância, do alcoolismo e da imigração.

Quando os “problemas raciais” e médicos se entrelaçam

A divulgação da teoria evolucionista de Charles Darwin (1809-1882), no livro *A Origem das Espécies*, em 1859, e as ideias eugênicas propostas por seu primo mais novo, o antropólogo e matemático inglês Francis Galton (1822-1911), promoveram novas formas de perceber a evolução das espécies e da hereditariedade, incluindo a humana. Galton, ampliando a teoria desenvolvida por Darwin, a estendeu aos seres humanos, possibilitando mais tarde,

² Conforme indica o sociólogo Sergio Miceli “[...] Menotti Del Picchia foi cronista social [...] e redator do *Correio Paulistano*, no qual também trabalharam Cassiano Ricardo, responsável pela seção jurídica, Plínio Salgado [...] e muitos outros [...]” (MICELI, 2001, p. 195). Juntos, ainda, os três intelectuais fundaram em 1926 o movimento literário modernista Verde-Amarelo, que buscava se contrapor ao movimento Pau-Brasil, liderado pelo poeta Oswald de Andrade (1890-1954). Além de suas atuações no jornal, esses intelectuais destacaram-se por assumir cargos políticos. Na década de 1920, Menotti Del Picchia e Plínio Salgado foram eleitos deputados estaduais pelo Partido Republicano Paulista (PRP).

³ Ao longo da primeira metade do século XX, os médicos Aníbal Silveira (1902-1979), Aristides Ricardo (s/d) e Amphiphio Mello(s/d) apareceram com frequência nas páginas do jornal *Correio Paulistano*, produzindo e textos voltados à higiene mental, alcoolismo, educação física, cuidados diários com a saúde alimentar, doenças infecciosas, puericultura etc. Bem como, artigos jurídicos de Oliveira Vianna (1883-1951) e Cândido Mota Filho (1897-1977) voltados a pensar questões de ordem da lei em meio aos problemas sociais brasileiros.

no século XX, a arquitetura teórica da hierarquia dos povos em função de critérios raciais. “Inaugurada”, a eugenia difundiu-se com força pela Europa, Estados Unidos e América Latina.

Nessa direção, Vanderlei Sebastião de Souza (2019, p. 29), em sua recente obra intitulada *Renato Kehl e a eugenia no Brasil*, aponta que as concepções eugênicas de Francis Galton sobre o melhoramento racial “[...] se associaram intimamente às discussões sobre evolução, seleção natural e social, progresso e degeneração, conceitos fundamentais que constituíram os ideários científicos e sociais no final do século XIX.” Não por acaso, como lembrou Lilia Schwarcz (1993, p. 63) “[...] o termo raça é introduzido na literatura mais especializada em inícios do século XIX, por Georges Cuvier, inaugurando a ideia da existência de heranças físicas [...]”.

No século XIX, já tinha se convertido em objeto de análises racialistas desenvolvidas por teóricos europeus que interpretavam o atraso civilizatório à degeneração da raça⁴. Nesse sentido, o filósofo e diplomata francês Arthur de Gobineau (1816 – 1882) e o geólogo suíço Louis Agassiz (1807-1873), que estiveram no Brasil na década de 1860, qualificaram os brasileiros “[...] como ‘seres assustadoramente feios’ e ‘degenerados’. (Para eles) [...] a ‘larga miscigenação’, era mobilizada para explicar a suposta inferioridade do homem brasileiro [...]” (SOUZA, 2008, p. 147).

Com a crise do sistema escravocrata, que se aprofundou a partir das leis abolicionistas do Ventre Livre (1871) e dos Sexagenários (1885), culminando na abolição da escravatura em 13 de maio de 1888⁵, o racismo científico e as teses raciais vieram, para os negros e mestiços ocupar, de certa forma, a função do tronco e da chibata, contribuindo à institucionalização de uma forma de violência mais sutil, mas não por isso menos potente. O racismo científico de inícios do século XX cumpriu um papel legitimador de diferenças, próprias de uma sociedade com uma base escravocrata na qual as elites dominantes firmaram a sua própria posição social tanto no trabalho escravo dos africanos, como no genocídio dos povos indígenas. Sintomático é que, entre o pós-abolição da escravidão, em 1888, e a década de 1930, a questão racial

⁴ É no século XIX, ainda, que, conforme aponta Lia Vainer Schucman, em sua tese de doutorado *Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo": raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana (2012)*, “entram em confronto” duas visões sobre a evolução da espécie humana, sendo elas - a monogenista e a poligenista. Assim: “O pensamento acadêmico do século XIX deriva dessas duas correntes [...]. O monogenismo considera que as sociedades humanas se encontram em direção a um mesmo caminho, contemplando a ideia de evolução linear dos povos humanos, porém em estágios diferentes de progresso. O poligenismo reconhece diferenças entre as sociedades, mas estas são hierarquizadas e correspondentemente relacionadas às diferenças raciais, o que seria um determinante natural no ‘atraso’ e degeneração de um povo” (SCHUCMAN, 2012, p. 32).

⁵ Em relação à situação do Brasil nesse período, Thomas Skidmore (2012, p. 89) afirma: “O meio milhão de escravos libertados em 1888 ingressou numa complexa estrutura social que compreendia libertos de cor (de todas as tonalidades).”

começa a adquirir um novo estatuto, protegido pela razão científica e, em particular, pela autoridade emergente dos saber médico.

Assim, na perspectiva do historiador norte-americano Thomas Skidmore (2012, p. 89), “[...] (no) auge do pensamento racista – 1880-1920 –, a ideologia do ‘branqueamento’ ganhou legitimidade científica, uma vez que as doutrinas pareciam confirmar, para os brasileiros, a tese de que a raça branca ‘superior’ prevaleceria [...]” (SKIDMORE, 2012, p. 89). A razão científica passou a proporcionar, dessa forma, um tipo de interpretação das diversidades humanas baseadas na biologia e na tradição classificatória das ciências da natureza. Em fins do século XIX, as teorias de cunho biológico-racial foram incorporadas por intelectuais brasileiros a fim de resolver os ditos problemas nacionais - raciais, médicos e sociais.

A questão do futuro do Brasil como nação começou a ganhar terreno na agenda pública e, nessa esteira, a problematização social da composição étnico-racial da população converteu-se em objeto relevante de diversos discursos e estratégias biopolíticas. Nesse sentido, “os intelectuais [...] entre o final do século XIX e os anos 1930, abriram um campo de discussões sobre a nacionalidade brasileira majoritariamente norteado pelas questões desdobradas do discurso biológico” (SILVA, 2015, p.13). Aliás, para grande parte dos racialistas, o sonho do branqueamento da nação brasileira seria efetivado pelas políticas imigratórias que, embora com outros fins, já vinham sendo executadas desde a primeira metade do século XIX, processo que a historiadora Ana Gillies (2010, p. 72-73) descreve nos seguintes termos:

A vinda de estrangeiros para o Brasil teve início já nas primeiras décadas após o descobrimento, mas as campanhas de incentivo à imigração e o consequente fluxo imigratório que elas estimularam, passaram a ocorrer nos séculos XIX-XX, notadamente num período de 100 anos, entre 1830 e 1930, como bem destacado na historiografia. Essas políticas tiveram como objetivo: ocupar os imensos espaços vazios, principalmente nos territórios próximos a fronteiras com a América Espanhola; fornecer os braços para substituir o elemento escravo nos grandes latifúndios monocultores e, finalmente, mas não menos importante, criar colônias agrícolas de abastecimento, através da venda e/ou concessão de pequenos lotes de terras a famílias de agricultores. Para tanto, várias medidas foram tomadas pelo governo brasileiro, desde a contratação de agentes promotores da imigração, até a elaboração de políticas com o intuito de regularizar as novas relações sendo forjadas no mundo da produção, entre elas a lei de terras de 1850, a partir da qual a aquisição passava a ser assunto de mercado, através da compra e venda.

No Brasil pós-abolição (1888), a ideologia do branqueamento racial agiu como um mecanismo limitador da mobilidade social ascendente de negros e mestiços no Brasil. Sob a justificativa de falta de mão de obra para as lavouras de café, optou-se pela imigração europeia em detrimento da capacitação e educação dos milhares de ex-escravizados e de seus filhos.

Essa estratégia, unida a outras, teve um efeito invisibilizador dos corpos negros, jogando-os a um lugar histórico de exclusão, dos pontos de vista socioeconômico e identitário. À guisa de ilustração, vale lembrar, como medida de perseguição/invisibilização cultural, da proibição da capoeira, criminalizada pelo Código Penal de 1890, posteriormente despenalizada pela legislação de 1937, durante o governo do então presidente Getúlio Vargas (1882-1954).

Contudo, o problema da gestão dos fluxos imigratórios exhibe, de maneira clara e incisiva, seu papel eugênico em defesa da “raça brasileira”. Com efeito, durante a primeira metade do século XX, registraram-se diversos mecanismos que se apoiavam na escolha dos imigrantes com base em seu tipo racial. Tratava-se, quiçá, de uma das facetas, em termos de efeitos práticos, mais bem sucedidas do ideário eugênico no Brasil. O *Correio Paulistano*, como “catalizador” das discussões intelectuais daquele contexto, publicou, no início da década de 1920, texto no qual o escritor Victorio de Castro indicava suas preferências raciais para a entrada de imigrantes no país: “Para o povoamento, pois, do nosso território os que mais nos convém, para não dizer os que só nos convém, são os portugueses, em primeiro lugar, os italianos, e, em terceiro, os hespanhoes” (CASTRO, 1920, p. 1).

É claro que as preferências imigratórias de eugenistas, intelectuais e políticos do início do século XX por imigrantes portugueses, italianos e espanhóis derivavam de questões de semelhança de língua (originadas do latim), de costumes e de religião (católica). Contudo, estaria implícita a questão do branqueamento racial ao evitar a vinda dos povos vistos com desconfiança, ou de raças supostamente inferiores, tais como os chamados amarelos – japoneses e chineses, árabes, negros e judeus. Entretanto, a definição da raça como o único e/ou principal problema para a construção da nação brasileira passa ser contestada por um grupo de intelectuais ligados ao pensamento sanitário, tais como Belisário Penna (1868-1939) e Artur Neiva (1880-1943). Para essa vertente, os discursos que condenavam o futuro do Brasil por sua formação racial deveriam ser desmistificados e refutados.

Como observaram Lima e Hochman (1996), a proximidade desse segmento intelectual com propostas e atividades que exaltavam o papel sanitário e civilizador das medidas de higienização do ambiente evidenciavam posicionamentos críticos acerca das teses que se apoiavam no determinismo racial.

Concomitantemente aos debates sanitaristas, a volúpia e o tom do debate racial não deixaram de crescer e prosperar no Brasil ao longo das duas primeiras décadas do século XX. Isso pode ser observado, por exemplo, na entrevista concedida ao jornal *Correio Paulistano*, em 1921, pelo político carioca Nilo Peçanha (1867-1924)⁶, na qual manifestara: “[...] acho imprescindível o concurso estrangeiro, ‘de qualquer continente, de qualquer raça’. Quanto à imigração dos povos amarelos [...] tenho certas reservas” (CORREIO PAULISTANO, 1921, p.5).

Os “amarelos”, representados no início do século XX por japoneses e chineses, suscitavam debates acalorados na imprensa e na Câmara dos Deputados sobre a aceitação ou não da vinda imigratória deles ao Brasil, em virtude de sua raça percebida como dissemelhante, aspecto que permitiria antever dificuldades para o processo de assimilação cultural, linguística e social ao meio brasileiro. Colocava-se, ainda, sobre os projetos de imigração, uma áurea redentora para a nação, no sentido de a salvação da raça nacional depender do seu efetivo branqueamento.

Esse tipo de crença teria sobrevivido pelo menos até o início da década de 1930, uma vez que, no entendimento de alguns setores da intelectualidade brasileira, “ao lado da miscigenação, a política imigrantista viria a contribuir para o branqueamento do corpo-espécie da população” (SILVA, 2018, p.22). Nesse período, emergiram diversas propostas políticas em matéria de imigração que diferenciavam os povos “desejáveis” daqueles considerados “indesejáveis”. Essa classificação dicotômica aparecia na Lei Adolfo Gordo (1907)⁷ e nos projetos dos políticos Fidélis Reis (1923) e Cincinato Braga (1921). Este último apresentara, em colaboração com o deputado Andrade Bezerra (PE), um projeto de lei que proibia, de forma absoluta, a entrada de imigrantes negros no território brasileiro (RAMOS, 1996).

Já o projeto apresentado em 1923 pelo deputado Fidelis Reis teve o propósito de retomar e ampliar a proposta de Cincinato Braga ao incluir o imigrante ‘amarelo’ na categoria de povos “indesejáveis” (RAMOS, 1996). Não se tratava de rejeitar, em si mesma, a ideia de miscigenação, mas de condená-la toda vez que representasse uma ameaça disgênica como seria o caso de imigrantes africanos e asiáticos. Tratava-se, sim, de uma estratégia biopolítica que zelava pela procura do equilíbrio da população como um todo. Assim, por

⁶ Nilo Procópio Peçanha (1867-1924), primeiro presidente negro da história do Brasil, assumiu a presidência da república após falecimento do então presidente Afonso Pena (1847-1909), permanecendo no cargo entre junho 1909 e novembro de 1910.

⁷ O político e advogado paulista Adolfo Afonso da Silva Gordo (1858-1929) foi o autor do decreto n. 1.641 de 1907, também conhecido como Lei Adolfo Gordo que tratava, em geral, da expulsão de estrangeiros do território brasileiro, especificamente daqueles envolvidos em atos grevistas, acusados de vagabundagem e/ou de estarem associados ao anarquismo.

exemplo, o art. 5º do projeto de lei apresentado por Fidélis Reis em 1923 “proibia a entrada de qualquer colono ‘da raça negra’ e limitava a entrada de orientais (‘a raça amarela’) a uma taxa anual que não excedesse 3% dos orientais já residentes no Brasil” (SKIDMORE, 2012, p. 270).

Ao mesmo caminhar, entre as décadas de 1910 e 1920, começou a ganhar força intelectual e política uma vertente do higienismo segundo a qual, o problema central da nação não se encontrava na raça, ou somente na raça, mas também na falta de higiene e nos vícios sociais. De acordo com esse tipo de perspectiva, caberia à medicina e à ciência, analisar esses problemas e propor caminhos para prevenir as consequências daqueles males que conduziram, inevitavelmente, à degeneração biológica e social da população brasileira.

Como resultado e, ao mesmo tempo, como uma das principais forças que construíram a experiência da modernidade, a ciência passa a ser percebida, nesse período, como instrumento fundamental para a transformação econômica, social e civilizacional do país. Essa posição da ciência, que já estava se generalizando em nível internacional, proporcionou bases convincentes para a formulação de respostas sociopolíticas aos problemas sociais e sanitários que acometiam a população nas grandes cidades brasileiras, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Nesse sentido, o crescimento urbano caracterizado pelas grandes epidemias, a situação dos cortiços, as condições de vida dos trabalhadores e a prevalência de doenças como a sífilis e a tuberculose suscitaram diversas respostas a partir do predomínio da localização dessas ameaças ambientais e sociais na “natureza” dos pobres e dos operários percebidos, em sua totalidade, como “classes perigosas” que ameaçavam a ordem social e a viabilidade de qualquer projeto de construção da nação (CHALHOUB, 1996). Para a edificação dessa “nova nação”, seria preciso construir uma missão político-intelectual que investisse na conscientização dos jovens e adultos quanto ao perigo que representavam os chamados vícios sociais como alcoolismo, tabagismo e consumo de cocaína, o que remetia à educação higiênica (SOUZA, 2008).

O alcoolismo foi encarado, nas décadas de 1920 e 1930, por grande parte dos médicos, como um grave problema para o desenvolvimento de uma sociedade eugênica, uma vez que o álcool acarretaria consequências hereditárias nefastas para as futuras gerações, comprometendo e postergando o sonho da regeneração da raça nacional. Detectado pelos eugenistas como um elemento perturbador na sociedade, o alcoolismo desafiava os médicos exigindo deles que se dedicassem com esmero ao problema.

O tema do alcoolismo aparecia com bastante frequência nas páginas do *Correio Paulistano* por meio de matérias e debates sobre campanhas

educativas e legislação que regulassem a tributação sobre a comercialização do álcool, de forma a tornar o produto menos acessível para os consumidores. Em 1928, na coluna de *Hygiene* do *Correio Paulistano*, o médico Amphiphio Mello fazia uma série de recomendações, entre elas, a eliminação dos “vícios”, vistos como responsáveis pelos “males da raça”. Do álcool, ele dizia: “Não se deve beber, porque o álcool é um grande inimigo da humanidade. É responsável por graves perturbações orgânicas, roubando ao viciado até a sentimentalidade para o bem. Quem não bebe é feliz, é sadio, é vigoroso, é ágil” (MELLO, 1928, p. 4).

Esse tipo de manifestações sugere a emergência de transformações discursivas nas estratégias de medicalização social que, como será tratado mais adiante, começam ultrapassar os limites impostos pelas preocupações inicialmente restritas ao destino da “raça brasileira” expandindo-se na direção de um universo amplo e diversificado de problemas desencadeados pelo consumo de álcool. O “embotamento moral” (ESPÍNDOLA; MITJAVILA, 2020) provocado pelo consumo de álcool passou a ser percebido pelo saber médico das duas primeiras décadas do século XX como fonte primordial de um conjunto de males que poderiam, como na década seguinte manifestara o médico Flávio de Souza (1939, p. 18),

fazer desaparecer precóçemente na consciência do bebedor todo o sentimento da propria responsabilidade, acarretando prejuízos em sua propria adaptação social. [...] os doentes acabam por ignorar, aparentemente, as diferenças de posição e formação de classes sociais, assim como as fórmulas de urbanidade. [...] aparecem grosseiras perturbações da conduta moral, tais como a rudeza afetiva que pode chegar até a brutalidade [...]. Tornam-se infantis, perdem os empregos, dissipam seus bens, deixam-se subornar, roubam, falam mal da vida alheia, etc.

Apesar de as informações sobre a biografia de Amphiphio Mello serem escassas, sua atuação como editor responsável da coluna “*Hygiene*” do *Correio Paulistano* é destacável e volumosa. O espaço que o jornal lhe proporcionou foi utilizado para promover uma verdadeira alfabetização higiênica dos leitores por meio de prédicas e informações sobre um amplo repertório de temas entre os quais se destacam o problema do saneamento, vícios sociais, doenças transmissíveis, cuidado do corpo e recomendações sobre questões tão quotidianas como a forma correta de higienizar os alimentos. Assim, na matéria publicada no *Correio Paulistano* em 1928, intitulada *Idelismo Triumphante*, Amphiphio Mello traça a síntese da *hygiene*, ao apontar:

Alphabetizados os nossos patrícios, alphafetizado o typo brasileiro, nobre e digno, a que Monteiro Lobato deu o nome de Jeca Tatu, ficaremos com o

terreno lavrado para lançar, com risonhas esperanças, a semente bemfa-
zeja da hygiene e certos de que, em breve tempo, no lugar de arbustos, so-
nhados pelos nossos ascendentes, surgirão carvalhos, desafiando o espaço
e o céu com a sua copa verdejante (MELLO, 1928, p. 4).

Ao dialogar com Monteiro Lobato (1882-1948) acerca do caráter em-
blemático do personagem Jeca Tatu, Amphiphio Mello exalta o papel da al-
fabetização higiênica como princípio disciplinador do corpo individual e
como instrumento de gestão para obter uma população mais forte e saudável.
O investimento no bom funcionamento do corpo seria premiado com a obten-
ção de uma geração futura “gloriosa”, uma vez que, ela não teria sido prejudi-
cada pela hereditariedade mórbida nem pelas consequências diretas dos
maus hábitos de vida e hygiene pessoal.

Esse tipo de percepção sobre o papel da hygiene seria uma das mani-
festações do deslocamento conceitual do olhar médico para além do pro-
blema da degeneração da raça. Como observa Ana Korndörfer (2018) essa
mudança discursiva transportaria uma nova compreensão de certos tipos de
comportamentos desviantes, caracterizada pelo abandono ou a relativização
da impotência suscitada pelo caráter irrecuperável dos degenerados ao
mesmo tempo em que começa a abraçar a bandeira do doutrinação e da
educação próprias do higienismo da época. As primeiras décadas do século
XX, portanto, representam um momento frutífero da busca de respostas e so-
luções aos entraves que desafiavam o jovem Brasil republicano, já não apenas
restritas ao domínio eugênico, integrando também a lógica da hygiene e da
saúde pública.

Em outras palavras, tratava-se de uma perspectiva que deixava de se
preocupar unicamente com o determinismo da raça e passava a envolver
questões intrínsecas ao meio, de acordo com uma ótica neolamarckista⁸,
sendo esta uma especificidade do eugenismo brasileiro (STEPAN, 2004). Com
efeito, ainda no fim da década de 1910, a imagem do sertanejo Jeca Tatu “re-
generado” pela força da hygiene e do conhecimento oferecia um novo impulso
ao próprio movimento higienista para pensar os problemas nacionais a partir
das questões sanitárias, deslocando a raça do centro dos debates, passando a
ser integrada, de formas diversas e em graus variáveis ao campo mais amplo
do movimento higienista.

Uma das bases institucionais mais expressivas do movimento higie-
nista brasileiro consistiu na criação de sociedades e “ligas” dedicadas ao

⁸ Segundo direciona Vanderlei de Souza: “[...] o programa eugênico brasileiro se definiu pela divulgação de
medidas oriundas da ‘eugenia preventiva’, cujas propostas visavam ampliar as reformas do ambiente social.
Fortemente influenciado pelas noções da hereditariedade neolamarckiana, e matizado por expectativas oti-
mistas, a grande maioria dos eugenistas acreditava que as mudanças do meio resultariam no melhoramento
permanente das futuras gerações” (SOUZA, 2019, p. 34).

combate daqueles que eram considerados os principais obstáculos à concretização dos ideais eugênicos e da construção da nação brasileira. Assim, em 1918, foi criada a Sociedade Eugênica de São Paulo (SESP) sob a direção do médico paulista Renato Kehl (1889-1973), tornando-se a primeira sociedade eugênica da América Latina. No mesmo ano, sob a liderança de Belisário Pena (1868-1939), foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil (LPSB). Cabe mencionar, ainda, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujo funcionamento teve início em 1920. Na área da saúde mental, deve-se destacar a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada no Rio de Janeiro, em 1923, por Gustavo Riedel (1887-1934), além da criação, em 1926, da Liga Paulista de Higiene Mental (LPHM), cuja primeira presidência fora ocupada pelo psiquiatra Antônio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988).

Entusiasmado com a *Semana Anti-Alcoolica* promovida pela *Liga Paulista de Higiene Mental*, o jornal *Correio Paulistano* não poupou elogios a essa iniciativa, ao considerá-la “[...] o marco inicial de intensivo combate ao flagelo social que é o alcoolismo” (CORREIO PAULISTANO, 1928, p. 6). De forma análoga à Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), a Liga Paulista de Higiene Mental (LPHM) atuava também “focada em atividades educativas, [...] divulgava os princípios da higiene mental para a população por via radiofônica, pela publicação de artigos em jornais e periódicos” (SERRA; SCHUCMAN, 2012, p.289-190).

Por ocasião da *Semana Anti-Alcoolica*, em 1929, no *Correio Paulistano*, Alfredo Pinheiro, posicionou-se de forma crítica à teoria de superioridade racial branca, ressaltando papel da alfabetização higiênica:

E como passou a moda na sciencia de que a raça branca, que sciencificamente não existe, não é superior às demais raças, a nossa gente em tríplice caldeamento de uma bella raça, poderá contar vantagens attentando ao aceno eugênico. Para essa aspiração ideal é preciso evitar os vícios. No Brasil só tem o problema nacional a educação do povo, diz com tamanha oportunidade Miguel Couto. Ora, educar, implica instruir e sanear. Não é possível instruir a gente viciada. Alphabetizar é hygienizar. Sanear é instruir (PINHEIRO, 1929, p. 11).

Pode ser observado, então, que em fins da década de 1920, ao mesmo tempo em que vigoravam projetos de controle da imigração e de outros mecanismos eugênicos que se apoiavam no racismo científico, propostas menos draconianas e não racializadas de cunho neolamarckiano marcavam presença no espaço público da saúde. Dessa maneira, “as dificuldades passaram a ser vistas, não só pelo ângulo da raça, mas também pelas agruras do povo e abandono da população pelo governo, políticos, fazendeiros, industriais e intelectuais ufanistas” (SANTOS, 2010, p.9).

Em grande medida como resultado desse processo, a vigilância e o controle médico-sanitário dos indivíduos, mas também e principalmente da população, começam a se inscrever na lógica e nas tecnologias políticas do higienismo do século XX, ao mesmo tempo em que se assiste ao declínio das ideias e das práticas de caráter eugênico. O espaço que começa a perder o eugenismo passa a ser ocupado por um tipo de higienismo que prioriza a intervenção nas condições sócio-sanitárias da população, fundamentalmente dos setores populares. Como observara Mozart da Silva (2015, p. 22), “se o Jeca aparecia até então como o símbolo do fatalismo racial (Ele é assim!), agora ele se torna o produto do abandono e das péssimas condições sanitárias (Ele está assim!)” (SILVA, 2015, p.22).

Nessa esteira, ingressam maciçamente na agenda temática do higienismo brasileiro durante o período aqui considerado velhas e novas problemáticas como imigração, alcoolismo, prostituição, saneamento, criminalidade juvenil e adulta, mortalidade infantil, alimentação, doenças venéreas, alfabetização, entre outras. Destarte, o diagnóstico final era de que o Brasil estava doente e seu povo abandonado. E assim, como bem resumiu, em 1916, o médico o Miguel Pereira (1871-1918), o “Brasil era um imenso hospital” (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 24).

O Brasil tratável: alcoolismo, incentivo ao esporte e puericultura

O contexto imediatamente posterior à Primeira Guerra (1914-1918) contribuiu para que os intelectuais procurassem soluções próprias aos dilemas nacionais, uma vez que a admiração pelo modelo europeu de civilização havia perdido sentido depois da tragédia da grande guerra. Conforme explica em raciocínio Lilia Schwarcz (1993, p. 305), “tendo como respaldo a recente experiência da Primeira Guerra Mundial e os novos melos biológicos e sociais, parecia ser necessária a criação de um corpo saudável e atlético, símbolo da ‘regeneração física da nossa raça’”. Coincidentemente, incrementaram-se nesse período a promoção da puericultura, incentivos para a prática de esportes e de atividades físicas bem como as campanhas de combate ao consumo de álcool e tabaco.

A imprensa foi precisamente um dos espaços por meio dos quais o higienismo da época divulgou suas prédicas. Assim, por exemplo, em matéria intitulada “*Centro de Saúde Modelo*”, o *Correio Paulistano* anunciava com entusiasmo a criação de uma nova turma de educadores sanitários, ressaltando o “encarecido o papel que os educadores sanitários vão desempenhando na importante função que lhes incumbe, de aplainar e formar a consciência sanitária em São Paulo” (CORREIO PAULISTANO, 1928, p.6).

Para tanto, os eugenistas e higienistas passaram a insistir na importância do aprimoramento do corpo, recomendando cuidados desde a infância, fundamentalmente com a prática de esportes como meio de fortalecimento físico. Esse tipo de trabalho sobre o corpo: “[...] era, muitas vezes, tratado tanto para disciplinar e subordinar a vida dos indivíduos, tornando-os mais fortes, resistentes e produtivos, quanto para pensar no embelezamento físico e genético da população [...]” (SOUZA, 2019, p. 93). Nesse sentido, a educação física escolar era considerada como o um dos caminhos para atingir o aperfeiçoamento da raça, posto que, permitiria aos jovens desenvolver suas potencialidades corporais, mentais e, fundamentalmente, morais.

Com efeito, o biopoder, conforme Michel Foucault (2005) demonstrara, opera sobre os corpos, mas como meio para produzir uma transformação da “alma”. Nesse mesmo sentido, portanto, o médico psiquiatra Aníbal Silveira (1902-1979), explicava que “a educação do corpo só consegue realizar modificações [...] via eugenica. [...] Tornar a gymnastica da escola primária independente das outras disciplinas. Promover accordo entre os núcleos despositivos de espécie diversa [...]” (SILVEIRA, 1928, p. 5).

Assim, na ótica do eugenismo de inícios do século XX, o fortalecimento físico e as práticas esportivas escolares viriam acompanhadas de um direcionamento moral e, em consequência, de um processo de purificação individual e populacional. Essa ortopedia moral alcançaria todo seu “esplendor” ao obter corpos esteticamente adequados a um padrão eugênico preestabelecido: “a beleza physica é geralmente também um espelho de saude espiritual. A belleza, em última analyse, não é mais que uma perfeita harmonia organica, o que exprime vigor de raça, virtude physica de evolução eugênica de um povo” (CORREIO PAULISTANO, 1929, p. 5).

Destaca-se a atenção que o periódico oferecia às competições esportivas. Em 1929, o jornal anunciava: “Vem despertando grande interesse a próxima competição athletica que o Club Esparta vai fazer disputar domingo [...]. Aliás, isso não é novo, no Esparta, logar onde se cultua como se deve a cultura physica e tudo se faz pela eugenia da raça” (CORREIO PAULISTANO, 1929, p. 6). A condição física e atlética proporcionaria, portanto, uma grande oportunidade ímpar para educar e aprimorar o corpo a partir dos ideais eugênicos. No caso do Brasil, a eugenia neolamarckista permitia pensar a atividade física como um aspecto importante no processo de melhoria racial e corporal das futuras gerações.

Como citado no parágrafo anterior, a nomenclatura “Club Esparta”, remete a um aspecto que merece ser destacado: a ênfase dada à beleza eugênica, assumida na década de 1920, de acordo aos padrões de beleza dos antigos gregos e, em particular, aos da beleza helênica (FRANCESCON, 2017). O

período de auge do ideário eugênico coincidiu com a realização do Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia, em 1929, que reuniu mais de 200 participantes, vindos do Brasil e da América Latina. Entre os participantes do evento, encontravam-se representantes de diversas categorias profissionais, principalmente das áreas jurídica, médica, docente e jornalística (SOUZA, 2008).

Considerado, portanto, como o principal evento eugênico da América Latina⁹, o congresso foi palco de posicionamentos que enfrentavam duas vertentes da versão brasileira do higienismo eugênico de inícios do século XX: “[...] os que comungavam das ideias racialistas defendidas por Kehl¹⁰, e aqueles que, como Roquette –Pinto, Fróes da Fonseca e Belisário Penna, opunham-se às posições eugênicas mais radicais” (SOUZA, 2019, p.284).

De forma similar à divisão de opiniões observada no Congresso Brasileiro de Eugenia, nas páginas do *Correio Paulistano* daquela época, podem ser encontrados, por um lado, textos de cunho eugênico mais radical do ponto de vista racial e, por outro lado, matérias que colocavam a ênfase no papel saúde pública e da higiene na construção de uma nação forte e vibrante. De acordo a esta última perspectiva, o ideal eugênico deveria ser alcançado como resultado de intervenções que buscassem aprimorar aspectos morais, físicos e estéticos da população brasileira. O imaginário que sustentava esses discursos correspondia, notadamente, ao modelo de corpo ariano, europeu, branco, e (se masculino) atlético.

Na cobertura da III Conferência nacional de educação, realizada pelo *Correio Paulistano*, manifestava-se a preocupação com o corpo em alinhamento com a moral, como condição necessária para a formação da considerada “boa raça”, na medida em que “[...] o exercício, o torneio, a gymnastica, começando nas escolas públicas [...], estão a garantir, [...] um physico sadio, robusto, eugênico, que constitue, de qualquer forma, padrão de actividade pró-racial, pelo Brasil Maior” (CORREIO PAULISTANO, 1929, p. 2). Para os eugenistas daquela época, a escola pública deveria desempenhar um papel de destaque como espaço de fabricação dos corpos de uma nação verdadeiramente eugênica. Na divulgação da III Conferência nacional de educação, realizada em 1929, o *Correio Paulistano* publicara uma matéria intitulada A

⁹ Mostrando-se amplamente articulado às discussões eugênicas na América Latina, no fim dos anos 20, Renato Kehl: “[...] manteve correspondências com [...] Romero Del Prado, Artur León Lopes, Alfredo Fernandes Verano, da Argentina; Domingos Ramos, Heitor Carrillo, Israel Castellanos, Vidal Agostini, do México; Alfredo Saavedra, Heberto Alcazar, Vicente Lopes Gonzáles, de Cuba[...]” (SOUZA, 2019, p.151).

¹⁰No Congresso, Renato Kehl argumentou, ainda, que: ““(seria) na aplicação das leis da hereditariedade que se encontra a alavanca mestra do progresso biológico”” (WEGNER; SOUZA, 2013, p. 269). Influenciado pela eugenia alemã, na ótica de Kehl, a educação e a higiene, não conseguiriam, em si mesmas, deter a degeneração da população brasileira, tornando-se necessário, portanto, intervir para alterar o curso natural da produção da descendência por meio de medidas eugênicas.

grande demonstração de cultura physica da III Conferência nacional de educação. Nela, o jornal posicionava-se nos seguintes termos:

[...] indiscutivelmente, é na grandeza do physico que se reúnem todas as outras qualidades indispensáveis ao homem: nenhuma intelligencia poderá ser sadia, forte, desenvolvendo-se num corpo doente. Bons músculos, um physico são e temos ahi, um espirito como se pode desejar. A história nos proporciona os mehores e magníficos exemplos: a grandeza dos gregos residiu na sua vida ao ar livre, de torneios olympicos, a adextrar os músculos. Outras aparecem. Mas estamos em pleno século XX e a obra que S. Paulo representa, moderna, é o reflexo de uma geração vigorosa, que ahi está: um padrão, mesmo, da nacionalidade (CORREIO PAULISTANO, 1929, p. 2).

Como parte das campanhas de promoção da *cultura physica*, o combate ao consumo de álcool chegou a ocupar um espaço significativo nas páginas do *Correio Paulistano*. Em um texto intitulado *Os efeitos perniciosos do alcoolismo*, o jornal alertava sobre os perigos do álcool para a integridade do funcionamento do “bom corpo”, nos seguintes termos:

Nunca é demais esclarecer contra o alcoolismo, esse terrível vicio que do caráter mais nobre faz o mais degradado dos indivíduos. São de tal gravidade e tão numerosos os efeitos maléficos, grandemente desastrosos produzidos pelo uso do álcool, que é necessário que em todas as oportunidades e por todos os meios ao nosso alcance, o combatemos “como factor de grandes males e sobretudo como veneno da raça”, segundo as palavras de Miguel Couto. [...] O alcoólico é tomado de delírio, manias, allucinações, sob domínio dos quaes pratica os maiores crimes, torna-se ladrão, assassino, suicida, quando não termina na demência. Quando não termina na demência. Segundo estatística que se procedeu no Rio de Janeiro, de 8.000 indivíduos presos nas delegacias, em 1911, cerca de 6.000 eram alcoólatras, em 5.000 processados 4.000 eram alcoólatras, em 1900 suicidas, 1.200 eram alcoólatras, e em 1.500 entradas no hospício 1.300 eram alcoolistas (CORREIO PAULISTANO, 1929, p. 2).

Nas primeiras décadas do século XX, a problematização médica do consumo de bebidas alcólicas ocupava um lugar de destaque nas agendas político-sanitárias tanto no continente europeu como no latino-americano (HARRIS, 1993; ORTEGA; MITJAVILA; BELTRÁN, 2018; ESPÍNDOLA; MITJAVILA, 2020;). Os argumentos utilizados para combater o alcoolismo foram diversos, porém todos eles coincidiam em um ponto: tratava-se de um vício social condenável, percebido como fonte de perdição e imoralidade, principalmente quando era praticado por trabalhadores e pela população em situação de pobreza em ambientes urbanos (CHALHOUB, 1996).

Ademais de sua consideração como fator disgênico, a medicina advertia sobre a associação do alcoolismo com a loucura e com o comportamento

criminal (HARRIS, 1993; MITJAVILA; MATHES, 2016). Nesse sentido, no *Correio Paulistano*, o médico Aristίδes Ricardo, apontava: “Tudo está a mostrar que elle (álcool) é capaz dos maiores cataclysmos sociaes, dos maiores crimes, através os quaes tira dos lares para encher as prisões. A loucura é uma das mais terríveis consequências do alcoolismo” (RICARDO, 1929, p. 2). O alcoolismo representava, portanto, uma grande ameaça ao projeto eugênico de “salvação” da raça nacional.

Em destaque, no ano de 1929, extensos escritos são encontrados no *Correio Paulistano* acerca do alcoolismo e seus desdobramentos referentes à saúde do indivíduo e da população como um todo. Logo no início do ano de 1929, em janeiro, o jornal dedicou ao tema a coluna intitulada *Reflexões sobre o alcoolismo*, sob a responsabilidade do médico Aristides Ricardo, que nesse artigo manifestara: “[...] basta falar em factores de degenerancia ethnica, em causas de degradação moral, para que o álcool ressalte invariavelmente à nossa imaginação com todo o seu lúgubre cortejo de efeitos [...]” (RICARDO, 1929, p. 2).

Em outro texto do mesmo autor, intitulado *O estigma alcoolico*, afirmava-se que “[...] o alcoolismo representava uma medida educativa e patriótica das mais importantes, tanto para a regeneração racial quanto para a ‘temperança’ e a ‘moderação nos costumes’” (RICARDO, 1929, p. 2). A partir do momento em que se instala de maneira sólida a percepção do alcoolismo e de outros vícios como verdadeiros flagelos sociais, parecia crescer o consenso acerca de não medir esforços para combatê-los. A respeito disso, no jornal *Correio Paulistano*, o médico Amphilophio Mello apontava:

Ao lado da educação physica, costumes hygienicos diversos, hábitos múltiplos de saude, hereditariedade, precedentes longinquos de família, existem outros elementos que dizem respeito, visceralmente, com a orientação deste caso que se recomenda pela sua intervenção nos destinos eugênicos dos países do mundo. Vícios de toda sorte, tabagismo, alcoolismo, etc, têm no assumpto em apreço, o desempenho de relevante papel (MELLO, 1929, p. 6).

Nesse sentido, se tornou explícita a vontade do jornal em tratar dos vícios considerados desviantes e provocadores das degradações sociais e morais da raça brasileira. Logo, “criar” costumes e hábitos higiênicos parecia ter-se convertido em uma obrigação do poder público, da categoria médica e dos intelectuais que se dispusessem a pensar na melhoria das condições de existência do povo brasileiro.

Orientados pela eugenia neolamarckista, de caráter preventivo e higienista, sustentada na ideia difusa de que o meio interferiria na transmissão hereditária de atributos positivos ou eugênicos para as futuras gerações, os

vícios em álcool e em tabaco, eram vistos como “pragas” que ameaçavam o ideário em torno da pureza da raça brasileira. Esse tipo de preocupação pode ser observada nas palavras do médico Amphilophio Mello em artigo intitulado *As semanas anti-alcoólica e do mal de Hansen*, com o dramático subtítulo: *14 dias dedicados à sorte da humanidade, ao seu bem-estar e à sua saúde*:

Os hospícios acham-se cheios de loucos, ex alcoólatras. As cadeias, também. A Semana anti-alcoólica, pois, que se realizou, deve atingir os nossos corações, pelo objectivo que encerra no tocante ao bem estar da sociedade brasileira. Trata-se, não há duvida, de um movimento profundamente humanitário, cuja grandeza eugênica reflecte na raça de hoje e de amanhã. As nacionalidades se impõem ao respeito e apreço recíprocos pelo bem estado physico e mental de seus filhos. Dahi o esforço supremo que se desenvolve para a conservação da saude. Mens sana in corpore sane. A mentalidade só age com eficiencia, quando o corpo é são, não está prejudicado na intimidade cellular de seus orgams e aparelhos. Explicam-se, portanto, as novas directrizes do saber humano, principalmente na parte que vigia o vigor e a robustez do homem, do qual depende a riqueza e a prosperidade das nações; o seu progresso e as suas possibilidades de trabalho e produção (MELLO, 1929, p. 5).

Essa insistência no caráter disgênico dos denominados vícios sociais permite observar uma ampliação do campo semântico das estratégias biopolíticas de caráter eugênico como resultado da progressiva inclusão, junto com as propostas preventivas da degeneração da descendência embasadas no racismo científico, de um amplo repertório de propostas voltadas à criação de uma “consciência eugênica” acerca dos infortúnios decorrentes do consumo de álcool e de outras substâncias tóxicas:

Tem em vista estabelecer o que este resume na expressão “moral biológica”, ou melhor na “consciência da moral biológica”, visando convencer o público do mal que causam as intoxicações eufóricas e habituais (álcool, morfina, cocaína, tabaco); evidenciando os males que resultam do egoísmo social, do egoísmo econômico, do anticivismo, do anti-patriotismo (KEHL, 1929, p. 154).

A medicalização dos anormais, portanto, deveria estar na ordem do debate, evitando que alcoólatras, na condição de seres socialmente perigosos colocassem em risco o sonho da “nação eugênica brasileira”. Nesse sentido, o saber médico já havia adquirido a legitimidade necessária para definir a ampliação do seu próprio domínio, justificando desse modo, a medicalização de qualquer atributo ou condição em virtude de sua classificação em termos, não apenas de doença, mas também no sentido mais amplo de anormalidade, isto

é, de desvios - geralmente comportamentais, como no caso do alcoolismo - com relação a padrões morais de normalidade.

Desde suas origens, “a orientação preventiva do higienismo baseava-se na necessidade de antecipar problemas que pudessem comprometer, no futuro, a pureza da ‘raça’ evitando assim sua degeneração” (MITJAVILA, 2021, p. 99). Pela ótica da prevenção, o saber médico não demorou muito para tentar colonizar o espaço familiar enquanto âmbito responsável pelos cuidados e pela socialização das crianças, isto é, daqueles nos quais estariam sendo depositados os sonhos eugênicos para o futuro da nação.

A medicalização higienista da infância tem-se desenvolvido por meio de diversas estratégias biopolíticas, entre as quais cabe destacar a medicalização da maternidade, fundamentalmente na esfera da puericultura¹¹, isto é, do conjunto de critérios, procedimentos e técnicas voltados para o cuidado físico, mental e social das crianças durante os primeiros anos de vida. Neste domínio, a alfabetização higiênica das mães apresentava-se como um grande desafio, na medida em que respondia ao propósito de substituir os princípios organizadores da vida doméstica, baseados na tradição e na cultura, pelos preceitos morais e regras da medicina.

As pesquisas sócio-históricas sobre o tema tendem a coincidir na observação de que para os médicos das primeiras décadas do século XX a maternidade deveria ser objeto de aprendizagem, por meio de conhecimentos proporcionados pela medicina científico-técnica e não por outras mulheres, devido a que estas últimas orientariam suas práticas de cuidado das crianças a partir da “ignorância” e da “superstição” (MITJAVILA, 2016). No Brasil, uma das formas utilizadas para incentivar a adesão das mães às normas da puericultura foi a realização de concursos de robustez infantil de cuja divulgação participou, em 1927, o jornal *Correio Paulistano*:

O presente concurso que é um incentivo às mães paulistas, tem como principal finalidade chamar-lhes a atenção para o modo de bem criar seus filhos, conduzindo-os através de uma infância sadia e feliz, mediante a prática bem orientada das noções de puericultura e cuidados médicos especialistas (CORREIO PAULISTANO, 1927, p. 12).

Tratava-se de estabelecer uma nova divisão do trabalho na qual, como observara a historiadora Ana Martins (2008, p. 141) “[...] aos médicos cabia o papel de mestres, enquanto às mães cabia a responsabilidade de

¹¹ De acordo com a pesquisa desenvolvida na França por Luc Boltanski (1974), o termo puericultura teria sido criado pelo médico francês Caron, em 1865, por ocasião da publicação do livro de sua autoria intitulado *La puériculture ou la science d'élever hygiéniquement les enfants*.

seguir os conselhos de seus mestres [...]” (MARTINS, 2008, p. 141). Nesse contexto, a medicalização da maternidade apresentava-se como condição necessária para higienizar a infância na medida em que o cuidado materino não medicalizado era percebido como fonte de periculosidade social, conforme observado nas expressões utilizadas no *Correio Paulistano* pela escritora Maria Vasconcelos (1870-1948), sob o pseudônimo *Chrysanthème*: “Eu não perdoo [...] uma mãe que falha ao seu dever de maternidade [...]. Podem todos os serviços de puericultura existir [...], si a mãe não for verdadeiramente mãe, a criança brasileira continuará a morrer” (VASCONCELOS, 1921, p. 1). A responsabilização das mães pelos cuidados das crianças, além de obedecer a um mandato de gênero, implicava na culpabilização da mulher, principalmente nos casos de mortalidade infantil.

A análise até aqui realizada do material publicado no jornal *Correio Paulistano* permitiu observar o papel que o saber médico atribuía a duas instituições nos processos eugênicos de higienização da vida social: a família e a escola. Ao longo das décadas de 1920 e 1930, a essas instituições foram atribuídas as missões de educar e higienizar a população. Apesar de se observar o progressivo deslocamento discursivo, que inicialmente identificava na raça a fonte dos males da nação, na direção de modelos interpretativos que começaram a valorizar o papel da higiene, da saúde e dos hábitos de vida, o que permanecia vigente, sem sombra de dúvidas, era o controle e a regulação dos corpos por meio de ideias, conceitos e formas de intervenção da medicina científico-técnica, configurando o tipo de processo que genericamente denominamos como medicalização da vida social (CONRAD; BARKER, 2010).

Em sentido parecido à afirmação de Sandra Caponi (2001, p. 76), “o que está em jogo aqui é ‘o corpo espécie’: um elemento dentro da mecânica geral dos seres vivos que serve de suporte aos processos biológicos de nascimento, mortalidade, saúde, epidemias”. A eugenia consiste em uma estratégia biopolítica que, de acordo à definição foucaultiana desse conceito deve ser analisada como uma forma de exercício do poder de regular a sociedade, maximizando a vida ao nível corpo-espécie, com fins a alongá-la, normalizá-la e controlá-la (FOUCAULT, 1999).

Durante as primeiras décadas do século XX, as ideias e projetos eugênicos e higienistas converteram-se em dimensões fundamentais das estratégias biopolíticas de gestão do espaço social em suas diversas dimensões, como transparece nas palavras do médico Ulisses Paranhos (1883-1954): “Fazem-se necessárias providencias [...], pela fiscalização da vida doméstica, pelo amparo à infância, pela assistência aos doentes contagiosos, e [...] por um regimen sanitário, de permanente vigia [...]” (PARANHOS, 1921, p. 2).

Considerações finais

A análise aqui realizada das ideias médicas divulgadas entre os anos 1918 e 1930 pelo jornal *Correio Paulistano* permitiu identificar os principais objetos e estratégias discursivas das tecnologias biopolíticas de caráter eugênico e higienista que dominaram o espaço público da saúde na sociedade brasileira daquele período. Nesse sentido, o jornal operou como um meio de divulgação das ideias eugênicas que se apoiaram fortemente em um tipo de saber médico embasado no racismo científico. Entre os adeptos das teorias raciais mais radicais, o branqueamento era considerado o instrumento mais idôneo para converter o Brasil em uma nação civilizada.

Páginas do *Correio Paulistano* contribuíram a divulgar, em nome da autoridade emanada do saber médico, a necessidade de utilizar o controle da imigração estrangeira como instrumento de branqueamento da população que, então, era majoritariamente negra e mestiça. De acordo com essa perspectiva, o ingresso de imigrantes europeus serviria tanto para suprir a mão de obra que o país supostamente necessitava, fundamentalmente após a abolição da escravatura, em 1888, como, e essencialmente, para prevenir a degeneração da “raça brasileira” decorrente do elevado nível de mestiçagem em sua composição.

Ao longo do período examinado foi possível observar o progressivo deslocamento desses discursos ancorados na dimensão exclusivamente étnico-racial das ameaças disgênicas e sua substituição pelo domínio científica e politicamente mais amplo do higienismo. Assim, a higienização do espaço urbano, o disciplinamento dos corpos por meio do esporte, a medicalização da maternidade, o combate ao alcoolismo e a proteção da infância revelaram-se como objetos discursivos priorizados pelo saber médico do qual o jornal *Correio Paulistano* era porta-voz. Algumas das características do movimento eugênico brasileiro decorrem das peculiaridades da formação histórico-social do país, inaugurada pelo colonialismo, o passado escravocrata, o extermínio de população indígena e profundas desigualdades sociais socioeconômicas.

Devido a isso, e por apresentar um conjunto de ideias múltiplas e focadas em diferentes frentes, no Brasil não existiu apenas um modelo ou linha eugênica, registrando-se a convivência de várias formas ou vertentes que compreendem desde visões racialistas severas de restrição imigratória até propostas “mais brandas”, que se voltavam a pensar, num tom neolamarckiano - higienista-sanitarista, as doenças e a pobreza como problemas cruciais para o futuro da nação. Se, por um lado, devemos admitir que as ideias de nação, e até de futuro, associadas ao ideário eugênico não fazem parte das

estratégias biopolíticas contemporâneas de gestão da vida social, por outro lado, a persistência de algumas das marcas de origem e seus sedimentos históricos continuam a colocar diversos desafios para sua análise por parte das ciências sociais.

REFERÊNCIAS

BOLTANSKI, Luc. **Puericultura y moral de clase**. Barcelona, Editorial Laia, 1974.

CAPONI, Sandra. Corpo, população e moralidade na História da medicina. Florianópolis: **Esboços**, v. 9, n. 9, p.69-86, set. 2001.

CAPONI, Sandra. Viver e deixar morrer: biopolítica, risco e gestão das desigualdades. **Revista Redbioética/Unesco**, Montevidéo, ano 5, v. 2, n. 10, p. 27-37, 2014.

CHALHOUB, Sidney. **A cidade febril**: cortiços e epidemias na corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CORREIO PAULISTANO (SP). São Paulo: 1900-1930. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docmulti.aspx?bib=090972&pesq=>. Acesso em: set. 2021.

CONRAD, Peter & BARKER, Kristin. The social construction of illness: key insights and policy implications. **Journal of Health and Social Behavior**, 51 (supl.), p. 67-79, 2010.

ESPINDOLA, Luiz Carlos; MITJAVILA, Myriam. O álcool na etiologia do crime: indagações nos arquivos Brasileiros de Higiene Mental (1925-1947). In: Myriam Mitjavila; María Fernanda Vásquez-Valencia. (Org.). **Crime, Medicina e Sociedade: perspectivas sócio-históricas**. 1ª ed. São Paulo: LiberArs, 2020, v. 1, p. 129-146.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade – A Vontade de Saber**, Rio de Janeiro; Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**, Ed. Vozes, Petrópolis, 2005.

FRANCESCON, Marcela Cristiane Cavalheiro Miranda. **Eugenia, corpo e educação sexual: imagens e interpretações sobre mulheres na obra de Renato Kehl (1920-1930)**. 2017. 141 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná, 2017.

GILLIES, Ana Maria Rufino. **O diário de uma imigrante britânica no Paraná (1860-1890)**: memórias, trabalho e sociabilidades. Tese de Doutorado. UFPR, 2010.

HARRIS, Ruth. Alcoolismo e o homem da classe operária. In: **Assassinato e loucura**: medicina, leis e sociedade no *fin de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. p. 265- 308.

KEHL, Renato. **Lições de Eugenia**. Rio de Janeiro. Editora Francisco Alves, 2ª Edição, 1929.

KORNDÖRFER, Ana Paula. Jeca Tatu, um ilustre opilado: o movimento sanitário e o combate à ancilostomíase na obra de Monteiro Lobato (Brasil, décadas de 1910-1920). **Revista História: Debates e Tendências**, v. 18, n. 3, p. 436 - 448, 31 ago. 2018.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. "Condenado pela raça, absolvido pela Medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República" In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Cultural do Banco do Brasil, 1996, p. 23-40.

MARTINS, Ana Paula Vosne. "Vamos criar seu filho": os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 1, p. 135-154, 2008.

MICELI, Sergio. **Intelectuais à brasileira**. São Paulo, Companhia das Letras, 2001. 436 p.

MITJAVILA, Myriam. El saber médico y la construcción social de la familia en el Uruguay: del mesianismo moralizador a la gestión de los riesgos. In: Krmpotic, Claudia. (Org.). **La protección social sin Estado. De la ayuda a la asistencia social**. 1a. ed. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2016, v. 1, p. 151-171.

MITJAVILA, Myriam. Sobre la medicalización de la infancia socialmente problemática: objetos y trayectorias de la psiquiatría. **Política & Sociedade** v. 19, n. 46, p. 95-114, 2021.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla Gomes. **Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1377-1395, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a07v22n4.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla Gomes. Labirintos da medicalização do crime. **Saúde e Sociedade** (ONLINE), v. 25, n. 4, p. 847-856, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016165278>. ISSN 1984-0470.

ORTEGA, Elizabeth; BELTRÁN, María José; MITJAVILA, Myriam. Eugenesia y medicalización del crimen a inicios del siglo XX en Uruguay. **Saúde e Sociedade** (ONLINE), v. 27, p. 354-366, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180275>

RAMOS, Jair de Souza. Dos males que Vêm com o Sangue: as representações Raciais e a Categoria do Imigrante Indesejável nas Concepções sobre Imigração da Década de 20. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996, p. 59-82.

SANTOS, Ricardo Augusto dos. Oliveira Vianna, Eugenia, e o Campo Intelectual da Primeira República. **Anais do VI Simpósio Nacional Estado e Poder: cultura**, 2010.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/T.47.2012.tde-21052012-154521. Acesso em: 2 set. 2021.

SCHWARCZ, Lilia Katri Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SERRA, Lia Novaes; SCHUCMAN, Lia Vainer. Branquitude e progresso: a Liga Paulista de Higiene Mental e os discursos paulistanos na contemporaneidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 288-311, abr. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S180842812012000100017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2021.

SILVA, Mozart Linhares da. Biopolítica, raça e nação no Brasil (1870-1945). **Cadernos IHU Ideias (UNISINOS)**, v. 13, p. 3-30, 2015.

SILVA, Mozart Linhares da. População-sacer e democracia racial no Brasil. **Sociedade e Estado**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 593-620, 2018. DOI: 10.1590/s0102-69922017.3203003. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/7714>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SKIDMORE, Thomas Elliot. **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2012.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. **Renato Kehl e a eugenia no Brasil: ciência, raça e nação no período entreguerras**. Guarapuava: Editora Unicentro, 2019.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Por uma nação eugênica: higiene, raça e identidade nacional no movimento eugênico brasileiro dos anos 1910 e 1920. **Revista Brasileira de História e Ciência**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 146-166, jul/dez 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufgd.edu.br/> Acesso em: 17 ago. 2021.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil (1917-1940). In: HOCHMAN, Gilberto (org.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 331-382.

THALASSA, Ângela. **Correio Paulistano: o primeiro diário de São Paulo e a cobertura da Semana de Arte Moderna – o jornal que “não ladra, não cacareja e não morde”**. PUC - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

WEGNER, Robert; SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Eugenia ‘negativa’, psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan.-mar. 2013, p.263-288.

EL ESCOLAR MENTALMENTE ANÓMALO: ARÍSTIDES MESTRE Y LA MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA EN CUBA

Javier Ladrón de Guevara Marzal

Introducción

Bien a principios del siglo XIX, se hizo famoso en Francia el caso de un niño de unos once o doce años que, por su aspecto y comportamiento rompía con el modelo de infancia “normal”. Bautizado como *Víctor de l'Aveyron* o también como *Le sauvage de l'Aveyron*, el niño desandaba desnudo entre los árboles del bosque de *La Caune*, en el departamento francés de *Aveyron*, alimentándose de bellotas y raíces hasta que finalmente fuera descubierto y capturado por un grupo de cazadores de la región.

El pequeño habría pasado por algunos hogares de acogida hasta ser finalmente examinado por importantes nombres de la psiquiatría francesa, convirtiéndolo en un caso famoso y objeto de disputa entre los médicos examinadores. Algunos como Phillippe Pinel consideraban que sería imposible civilizarlo, mientras que otros como Jean-Marc-Gaspard, veían una excelente oportunidad para mostrar que era posible educar y normalizar los comportamientos infantiles desviados (ITARD, 1894).

El caso del niño salvaje francés había sido bastante mediático y el alienista y antropólogo cubano Arístides Mestre no perdería la oportunidad de usarlo como ejemplo en una conferencia dictada en 1906 ante un grupo de pedagogos y maestros cubanos en formación. El cubano, haciendo gala de su formación y del influjo de la psiquiatría francesa sobre su pensamiento

clínico, presentaba este caso como paradigma de un novedoso tratamiento para la infancia anómala.

El objetivo de este trabajo es analizar, tomando como referencia el discurso de Arístides Mestre, el surgimiento de la medicalización de la infancia en Cuba. Al mismo tiempo, se pretende comprender la articulación entre los discursos médico y pedagógico sobre la infancia “anormal” en Cuba en los primeros años del siglo XX, que serviría a la posterior creación de la psiquiatría infantil como especialidad independiente en aquel país.

La infancia en el centro del higienismo y la pedagogía cubana

El nacimiento de la república cubana coincidió con el comienzo del siglo XX. Este período estuvo marcado por la influencia directa norteamericana en los diferentes sectores de la población, así como en la economía y en la administración de la nación. Después de una larga guerra contra España, dividida en tres períodos, Cuba se encontraba en medio de una seria crisis económica, con una buena parte de su población en condiciones de pobreza. El nuevo gobierno, asesorado directamente por los Estados Unidos se proponía transformar el país en un importante centro de desarrollo económico y social y, por tanto, una referencia para América Latina y el mundo en cuanto a calidad de vida.

Para ello, uno de los principales objetivos era transformar la situación de la población pobre y periférica, muchas veces colocada como símbolos de atraso social, focos de violencia e insalubridad. Según esta concepción, una república necesitaría de ciudadanos modelos, por lo que intervenir sobre la infancia desamparada sería una forma de garantizar el futuro de la nación (MORENO, 2015).

Tal como apunta Añón (1995), detrás de la visión romántica occidental del niño como sujeto inocente y a la vez frágil, se escondía otro niño que por fuerza había madurado rápidamente; pobre y en ocasiones huérfano, había tenido que insertarse en el mundo laboral. La figura de este otro niño comienza a emerger en el siglo XX y se transforma en objeto de escrutinio de la higiene pública, pues el que se enfermasen podía representar en algún momento un factor de riesgo sanitario, pero también, estos irían a ser los obreros y los ciudadanos del futuro, por lo que su salud debía garantizarse igualmente (AÑÓN, 1995).

¹ El hecho de que una parte importante de la población infantil se encontrara en situación de pobreza era debido a que, en muchos casos sus padres habían perecido en la guerra de independencia contra España (MORENO, 2015).

En ese sentido el movimiento benéfico cubano, inspirado en el paradigma norteamericano, así como los médicos higienistas, jugaron un papel esencial en la intervención frente a esa población infantil, a través de instituciones como hogares maternos para pobres, asilos para niños expósitos o huérfanos y escuelas correccionales. Entre ellos, creados por el pediatra higienista Manuel Delfín Zamora estaban los asilos dispensarios para niños “La Caridad”, “La Casa del Pobre” y, destinado a los niños con tuberculosis la “Granja Modelo”, pero también la Escuela Correccional para Varones y la Escuela para Párvulas de Cuba. (MARQUES DE ARMAS, 2014; MARZAL; MARTINHAGO; CAPONI, 2021).

Al mismo tiempo, las instituciones sanitarias² en el país irían fortaleciéndose y focalizando su labor hacia aquellos grupos vulnerables y periféricos, que, como habíamos mencionado, frecuentemente eran responsabilizados por la falta de higiene en los espacios públicos, y por tanto como origen de los contagios, de la propagación de enfermedades y la elevada mortalidad (MORENO, 2015).

Afirma Núñez (2011) que, el movimiento médico-higienista cubano de la posguerra se organizaba para intentar resolver los diferentes problemas de sanidad pública, ampliando su radio de acción hacia instituciones como la familia y la escuela, actuando bajo el principio de que era imprescindible la formación de un Estado y una ciudadanía acorde. Al respecto, Núñez (2012), plantea que se trataba de “un discurso fundacional en el que debían establecerse las bases que legitimaran la actuación del Estado para impulsar la formación de una ciudadanía apta intelectual y físicamente” (NUÑEZ, 2012, p.98). Por tanto, la intervención del higienismo no debía ser solamente sobre lo físico sino también sobre la moral de la ciudadanía de forma general, pero de modo muy particular en los niños (NÚÑEZ, 2011; ALMODÓVAR; MENESES, 2014).

Tal situación obviamente no era exclusiva de Cuba, sino que, como afirma Vásquez (2018), “el proceso de objetivación de la infancia a través del discurso higienista” era una práctica común en la época en diversos países de Latinoamérica, aunque cada uno tuviese sus propias características (VÁSQUEZ, 2018, p. 110).

Otro elemento importante que destacar es la estrecha relación que se estableció entre el campo de la pedagogía y el de la medicina higienista. Si bien, como colocan Frago y Martínez (2000), las áreas de actuación y regulación del higienismo eran diversas, tales como la vivienda, el urbanismo, la

² La más importante fue la Junta Superior de Sanidad, encargada de supervisar las diferentes instituciones sanitarias, así como detectar problemas e implementar medidas dirigidas al mejoramiento de la salud pública (CHAPLE, 2020).

alimentación, los vicios, las condiciones laborales, los comportamientos, los estilos de vida, la sexualidad y la procreación, ciertamente el ámbito escolar era un campo de intervención privilegiado.

Esto era así, sobre todo porque la escuela ha sido el espacio educativo por excelencia y, probablemente uno de los que acoge a los niños por más tiempo. Por tanto, no es de extrañar que los discursos pedagógico y médico se imbricaran teniendo a la higiene del niño como objetivo común. En ese sentido, Frago (2000), afirma:

La confluencia entre medicina, higiene y escuela era inevitable. Por un lado, la escuela aparecía como el espacio social en el que podía controlarse y llevarse a cabo una atención médico-higiénica sobre la infancia; en especial, sobre la infancia débil, anormal o retrasada. Por otro, a través de la escuela podía llegarse a las familias, a los padres. La medicalización de la infancia se daba la mano con su escolarización (FRAGO, 2000, p. 12).

En el caso de Cuba, a principios del siglo XX, en el campo de la pedagogía, la cuestión disciplinar ocupaba el primer lugar, con el objetivo de formar “ciudadanos conscientes que mostraran condiciones para su gobernabilidad”, es decir, dóciles al Estado. No obstante, los recursos pedagógicos pretendían dejar fuera el castigo corporal como método, por las marcas negativas extremas que había dejado el gobierno colonial español sobre la población (NÚÑEZ, 2012, p. 98).

Los pedagogos cubanos se inclinaban más hacia la “disciplina liberal”, influenciados tanto por pedagogos norteamericanos como Stanley Hall, pero también europeos como Edouard Claparède, de Suecia, Alfred Binet, de Francia, Ernst Meumann, de Alemania y Pedro de Alcántara, de España, entre otros. Esta concepción, se basaba en el uso de medios educativos directos (premios y castigos) e indirectos (métodos preventivos), haciéndola además sensible al diálogo con las llamadas ciencias médico-higienistas (NÚÑEZ, 2012, p. 100).

El Escolar mentalmente anómalo

Allí también, donde el discurso médico-higienista sobre la infancia se unía al pedagógico, los psiquiatras cubanos encontraron un espacio tanto acogedor como oportuno para ampliar su radio de acción. Uno de los primeros alienistas entusiastas de ese movimiento fue Arístides Mestre, quien, además de médico se había formado como antropólogo. Después de un período en los Estados Unidos, donde se especializó en neuropsiquiatría, Mestre pasó una temporada en Francia junto a discípulos de Charcot, donde,

además de ampliar su formación sobre enfermedades mentales, tuvo el privilegio de participar en el acto de fundación de la Société Française de Neurologie en París, en 1899 (ECURED, 2017).

Como algunos de sus antecesores, a poco de haber vuelto a La Habana, Mestre se presentaba como un gran conocedor de los misterios de las enfermedades mentales, saber que se juntaba con el de su trayectoria como antropólogo. En 1900 dictó un curso titulado “Clínica de Patología Mental y enfermedades del Encéfalo” y en 1903 comenzó a impartir conferencias en el Hospital Nro. 1 de La Habana³, lo que le valió el cargo de médico interino de la recién fundada Cátedra Enfermedades Nerviosas y Mentales y situándolo en poco tiempo como uno de los principales referentes de la psiquiatría cubana republicana⁴.

Pero Arístides Mestre, además de su labor como médico, ocupaba dos cargos más, el de Conservador del Museo de Zoología y el de profesor de la Escuela Normal de Verano de La Habana, siendo este último puesto el que le permitiría establecer lazos estrechos con el campo de la pedagogía. En agosto de 1906, Mestre dictó una conferencia titulada “Las inteligencias anómalas y el problema de su educación” (1906), dirigida a sus colegas profesores de la Escuela Normal. Debemos detenernos un poco en el papel que jugaban las Escuelas Normales en la Cuba republicana para poder comprender la relación que se estableció entre los discursos médico-higienistas, el de la psiquiatría y el de la pedagogía en aquel período.

Las escuelas normales de verano fueron creadas en Cuba durante la intervención norteamericana con la finalidad de formar maestros y suplir la falta de pedagogos en todo el país, respondiendo a una estrategia más amplia por parte del nuevo gobierno para desarrollar la educación y resolver el problema de la infancia desvalida. Según afirma Garofalo Fernández (2020), un número importante de profesores cubanos realizaron excursiones científicas a la Universidad de Harvard, donde debían aprender sobre pedagogía y psicología, además de inglés, historia de América, historia natural y geografía, conocimientos que posteriormente debían adaptar al contexto cubano. Por tanto, la existencia de un alienista dentro del claustro de pedagogos cubano aportaría un elemento más a la gestión disciplinar de la infancia desvalida y su normalización: el saber médico-psiquiátrico.

Pues bien, el prometedor alienista comenzaría su conferencia realizando alabanzas a la “instrucción primaria” en Cuba y colocando como

³ Actualmente Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Calixto García”.

⁴ Entendemos por “Psiquiatría republicana” la practicada en Cuba durante el período de 1902 y 1959. Posterior a esta fecha, es posible hablar de una “Psiquiatría revolucionaria”, no solo por su coincidencia con el sistema de gobierno, sino porque sus fundamentos teóricos cambiaron considerablemente y se asociaron a criterios políticos.

principal responsable de tal desarrollo al recién estrenado gobierno republicano. No obstante, Mestre señalaría como una deficiencia importante el hecho de que la educación se hallase dirigida solamente a los “niños normales”, dejándose de lado a otro grupo de infantes, aquellos que “presentan en la edad escolar deficiencias más o menos profundas en su intelectualidad y modo de ser afectivo” (MESTRE, 1906, p. 124). Y es ahí, en el grupo de niños excluidos de la educación normalista donde el discurso de la psiquiatría encontraría un espacio para intervenir oportunistamente sobre la infancia y ampliar, de esa manera, su campo de acción social.

Desde el inicio de su conferencia, Mestre reconoce que su referente fundamental era la psiquiatría francesa. Sobre el tema que le ocupaba en ese momento, el de la infancia anómala, utilizaba sobre todo a los franceses Jean Phillipe y Georges Paul-Boncour:

Quando la instrucción no se imponía, esos refractarios o incapaces —como dicen con sobra de razón los profesores Philippe y Paul-Boncour en su bello opúsculo sobre las anomalías mentales de los escolares, fuente de donde frecuentemente hemos de tomar muchos datos importantes para nuestro estudio —pasaban a menudo desapercibidos; a los niños indisciplinados se les expulsaba de las escuelas, retirándose también a los atrasados; en cuanto a los niños vagabundos, ellos se ignoraban (MESTRE, 1906, p. 125).

Jean Phillipe se había formado en Letras y era profesor del Collège Arago y jefe de Trabajos del Laboratoire de Psychologie Physiologique en La Soborne y Paul-Boncour era psiquiatra, médico-jefe de la Prefectura de Seine-et-Oise, presidente de la Sociedad de Antropología y director de la revista “L'éducation moderne”. Ambos habían escrito en 1905 *Les anomalies mentales chez les écoliers. Étude Médico-Pédagogique* (PHILIPPE; PAUL-BONCOUR, 1905), texto al que Mestre se refiere en su conferencia.

Este libro en cuestión tenía una importancia peculiar para el discurso médico-pedagógico francés sobre la debilidad mental, siendo el trabajo inaugural de una serie de manuales técnicos dirigidos a “la clasificación y el tratamiento tanto de los deficientes como de los enfermos mentales”, a disposición de los maestros y ampliamente utilizado en la categorización de escolares que podían presentar síntomas de interés de la psiquiatría (CALVO, 2009, p. 318).

Por otra parte, Mestre colocaba también como sus referentes a los belgas Ovidio Decroly y Jean Demoor. El primero, neurólogo, trabajaba como jefe del servicio de Neurología, jefe del Servicio de Niños, profesor del Instituto Superior de Pedagogía, profesor de Psicología del Niño en la Universidad de Bruselas y profesor de Higiene Educativa y médico

pedagógica de la Facultad de Medicina de la capital belga (LONDOÑO-RAMOS, 2001). Sus trabajos lo habían inscrito tanto en el campo de la neurología infantil como de la pedagogía, debido a su dedicación a la formación de profesores de la llamada “enseñanza especial”, siendo uno de los responsables en la “construcción” del discurso médico-pedagógico sobre los niños abandonados y marginales en su país (YARZA; RODRÍGUEZ, 2005, p. 34).

El segundo, Jean Demoor, se desempeñaba como profesor de la facultad de medicina y médico jefe de la Escuela de Anormales de Bruselas (BASAURI, 1997). Además de ello, Demoor era reconocido por haber sido profesor de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bruselas y médico jefe de la Escuela de Anormales de la misma ciudad, pero también como pedagogo, sobre todo por haber organizado las primeras escuelas de educación especial en Bélgica (BONÉ; BONITO, 2013), y por un texto fundamental titulado “Los Niños Anormales y su tratamiento educativo en la casa y en la escuela”, publicado originalmente en 1897 como *Les enfants anormaux: leur éducation* (DEMOOR, 1918).

Tanto Phillipe, Paul-Boncour, Decroly y Demoor se inscribían en un movimiento que cobraría bastante fuerza en la Europa de principios del siglo XX, particularmente en Francia, Bélgica, Alemania y España, que buscaba establecer una relación estrecha entre la pedagogía y la medicina para la clasificación y la gestión de comportamientos de niños marginados socialmente, considerados portadores de deficiencias psíquicas y degenerados. Este movimiento, que se alimentaba de la psicometría de Alfred Binet y de los estudios antropométricos, se amparaba también en tres líneas o demandas fundamentales: los estudios paidológicos, la protección de la infancia clasificada como vulnerable y una pedagogía de corte nacionalista (CALVO, 2009). Tal como afirma el mismo Arístides Mestre y como iremos viendo a lo largo de su conferencia, estas fueron las fuentes primarias de las que se alimentaría el discurso médico-pedagógico sobre la infancia anómala en Cuba.

Desde el inicio de su presentación, el alienista dejaba claramente enunciada su intención. Él, como representante y pionero de la psiquiatría en el ámbito pedagógico, pretendía colocar bajo la mirada médica a un grupo de niños que habían quedado fuera del radio de acción de la pedagogía: los indisciplinados expulsados de las escuelas, los atrasados y los vagabundos. Es decir, todos aquellos que “pasaban desapercibidos” para los maestros.

Pero no solo ese grupo debía cobrar mayor interés por parte de la psiquiatría y la pedagogía, sino que a este debían unírsele otros que, aunque se encontrasen dentro de las escuelas, pasaban desapercibidos por no haber pasado de “ciertos límites en el orden de la patología mental”, a pesar de que

presentaban determinadas características que debían ser consideradas. Estos niños, según Mestre, serían aún más difíciles de detectar porque sus manifestaciones comportamentales no eran tan alarmantes. No obstante, las características de todos ellos no estarían acordes, según este médico, con las escuelas ordinarias, las que debían ser exclusivamente para los “niños cuyo sistema nervioso funcione a satisfacción” (MESTRE, 1906, p. 125).

Es así como, la escuela se presentaba como un espacio prometedor para la medicalización de la infancia. Es decir, tal como afirma Conrad, se trata de “un proceso mediante el cual problemas no médicos comienzan a ser definidos y tratados como problemas médicos, recurrentemente en términos de enfermedades y trastornos” (CONRAD, 2007, p. 4). Durante ese proceso de medicalización, los comportamientos que se han transformado en objeto de escrutinio y de intervención, comienzan a ser descritos con términos médicos y abordados con intervenciones médicas (CONRAD, 2007), otorgándoles así un sello permanente de patología, muchas veces sin remisión.

En ese sentido, afirma Mitjavila (2015), que la medicalización de las conductas consideradas desviadas o transgresoras de las normas culturalmente establecidas implican otras áreas e instituciones que conforman la sociedad, como parte de estrategias biopolíticas en función de la prevención de riesgos. Ahora bien, continúa la autora, para que ciertos comportamientos sean susceptibles de medicalización tendrían que ser identificados niveles de riesgo e incerteza, derivadas de ineficiencias en los mecanismos establecidos para administrar las desviaciones (MITJAVILA, 2015).

Es justamente lo que intentaba revelar el alienista cubano en su intervención frente a los futuros maestros: que la escuela no sería del todo eficiente en la identificación y la administración de los desvíos de la infancia “normal”. Al mismo tiempo, se le presentaba como una oportunidad ideal para conquistar el escenario pedagógico, ya abonado con las ideas higienistas. De esa manera, el saber psiquiátrico aportaría al saber pedagógico sobre la infancia, introduciendo nuevas formas de nombrar, con términos psicopatológicos, ciertas señales, patrones y conductas infantiles que hasta ese momento no eran abordados por la medicina y, en muchos casos tomados como naturales de ese período del desarrollo.

Después de declarar las fuentes principales y los objetivos de su trabajo, Mestre, aunque con un lenguaje bastante básico, les brinda a sus colegas pedagogos toda una explicación sobre las características del desarrollo psicológico de los escolares y su personalidad. Así, para él, la importancia de observar minuciosamente a los escolares radicaba en la posibilidad de detectar los desvíos de la norma. Desde su punto de vista, la personalidad podía desarrollarse hacia dos tendencias básicas: por un lado, la normal y equilibrada

y por el otro, la defectuosa, que sería aquella que muestra los “defectos de organización mental y moral” (MESTRE, 1906, p. 125).

Dentro de este segundo grupo, es decir, el del “niño anormal”, que es el que le interesa explicar a sus colegas pedagogos, Mestre (1906), asume la clasificación propuesta por Decroly, quien dividía a los niños anormales en 6 categorías:

- 1) Por deficiencia física (mancos, cojos, o con alguna deformidad corporal, etc.);
- 2) Por deficiencia sensorial (ciegos, sordos, etc.);
- 3) Por deficiencia intelectual (idiotas, atrasados, etc.);
- 4) Por deficiencias de las facultades afectivas (locos morales);
- 5) Anormales convulsivos (epilépticos);
- 6) Deformados por el medio.

Al mismo tiempo, y apoyándose en Phillipe y Paul-Boncour, Mestre afirmará que solamente los niños comprendidos en las categorías, 3, 4 y a veces la 5, o sea, los portadores de deficiencias intelectuales (idiotas, atrasados), deficiencias en las facultades afectivas (locos morales) y los anormales convulsivos (epilépticos), podían ser colocados en la categoría de escolares mentalmente anómalos. Estos eran precisamente de los que debía ocuparse más la psiquiatría y la pedagogía, por ser hallados frecuentemente e las escuelas y por ser “enfermos del sistema nervioso” (MESTRE, 1906).

Ahora bien, para explicar lo que era el “escolar mentalmente anómalo”, Mestre consideraba que antes debía profundizarse en otra categoría más general, la del “niño mentalmente anómalo”. Para él, el niño mentalmente anómalo tendría al “idiotismo” como su mejor ejemplo: “El idiotismo altera— decíamos en un trabajo nuestro⁵—más o menos hondamente, la vida física, intelectual y moral del niño, existiendo una serie de tipos muy distintos” (MESTRE, 1906, p. 128). Lo que caracterizaba, según Mestre, al niño idiota era lo siguiente: “Revélese el mal en el cráneo, en la fisonomía, en el andar, en la palabra, en la atención, en las pasiones, en la moralidad. Las causas son múltiples, pero la herencia ocupa lugar preferente” (MESTRE, 1906, p. 128).

De esa forma, Mestre condensa en una frase sus principales preocupaciones como médico y como antropólogo, al referirse tanto a la

⁵ Se refiere a su texto “Sobre la creación de un departamento para la educación médica de los niños defectuosos en sus facultades intelectuales y morales”, leído en la Primera Conferencia Nacional de beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba, celebrada en La Habana en 1902. Este trabajo fue publicado posteriormente en el número 6 de la Revista Cuba y América, editada en Nueva York y con una tirada en Cuba bajo el nombre de Revista Ilustrada (MESTRE, 1902)

estructura craneana, a la fisionomía del niño idiota como a la cognición, al comportamiento y al factor hereditario. Esto se debe al hecho de que Mestre formaba parte del movimiento eugenista que se introducía por aquella época en Cuba (GONZÁLEZ, 1999)⁶.

Además de la descripción física y comportamental del niño idiota, Mestre se dedicaría a explicar a sus oyentes cada una de las subcategorías comprendidas dentro del grupo clínico de los idiotas. Así, tomando esta vez como referencia al alienista francés Desiré Magloire Bourneville, Mestre dividía a la idiocia en:

- 1º Idiotéz absoluta;
- 2º Idiotéz profunda;
- 3º Imbecilidad propiamente dicha;
- 4º Atraso intelectual (o imbecilidad ligera) e
- 5º Inestabilidad mental.

Aunque esta clasificación Mestre la toma de la psiquiatría francesa, en el caso de los idiotas, cita también a Martin W. Barr, un reconocido psiquiatra norteamericano, médico jefe del Pennsylvania Training School for Feeble - Minded Children Elwyn, quien propuso una clasificación similar a la de Bourneville. Esto muestra que, sin abandonar su referente teórico principal (la psiquiatría francesa), los alienistas cubanos no podían sustraerse al influjo de la psiquiatría norteamericana, pues los aires del norte llegaban de forma directa a través de la intervención política.

Sobre el tema que más le interesaba analizar en ese momento, el de los niños idiotas en las escuelas, Arístides Mestre afirmaría que era necesario descartar a los niños idiotas de los dos primeros grupos (Idiotéz absoluta e Idiotéz profunda), sobre todo porque “háyanse demasiado alterados en sus facultades intelectuales y morales, presentan vicios muy marcados en su funcionamiento cerebral para que esos niños puedan asistir y encontrárseles en las escuelas ordinarias”, lo que no significaba, según él, que no debieran recibir una “educación especial”. El tercer grupo, el de la Imbecilidad propiamente dicha, aunque de forma rara, también podrían ser encontrado en las escuelas ordinarias (MESTRE, 1906, p. 130).

Por tanto, quedarían las dos últimas categorías: Atraso intelectual (imbecilidad ligera) e Inestabilidad mental. Dentro de ellas, se hallaban aquellos escolares que más interesaban a este alienista, no solo porque estos niños no necesitaban de tutela permanente, sino porque, su condición no tan

⁶ Ver: “En busca de la Raza Perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1858)”, de Armando García González y Raquel Álvarez Peláez (GONZÁLEZ; PELÁEZ, 1999).

radical, podía mejorarse y curarse, permitiéndoles “la vida social en libertad”, según su criterio. Para “curar” a estos niños, habría que apoyarse en la educación física y moral, herramientas principales que servirían para “compensar o paliar las defectuosidades, a restablecer un equilibrio comprometido, pero no imposible” (MESTRE, 1906, p. 131). Esa sería, según él, la tarea fundamental del tratamiento médico-pedagógico.

Mestre no escondía, frente a sus oyentes, una de sus principales preocupaciones sobre el modo en que se gestionaba la infancia anómala. Siguiendo a Bourneville, el alienista cubano criticaría la tendencia entre los educadores de la época a ocuparse solamente de cuestiones morales e intelectuales en los escolares y por otro lado a los médicos, quienes, por su parte, solo se ocupaban de las materias del sistema nervioso, predominando los puntos de vista neurológico y psiquiátricos a la hora de evaluar a los escolares a su cargo. Por tanto, era justamente el escolar mentalmente anómalo, portador de una “intelectualidad alterada” (congénita o adquirida), el objeto que permitiría entrelazar los discursos pedagógico y médico sobre esa población particular. Pero, aún dentro del grupo del escolar mentalmente anómalo, existían algunas subcategorías sobre las que Mestre le interesa profundizar:

1) Los Atrasados intelectualmente: podían presentar manifestaciones tanto de atraso como de inestabilidad, aunque también una de las dos condiciones por separado. Estos niños presentarían dificultades en la atención, el pensamiento y la memoria lentificados, capacidad débil de previsión, aprendizaje selectivo y por períodos. Podían ser, además, “irritables, violentos, morosos, desconfiados, turbulentos y apáticos” (MESTRE, 1906, p. 133).

2) Los Inestables: con dificultades para fijar la atención, escuchar, comprender o responder. Incapaces de controlar sus reacciones, de sentimientos exagerados, “nerviosidad exagerada”, lo que evidenciaba, según Mestre, una falta de “proporción entre sus actos y las causas objetivas que lo determinan”. En la escuela serían indisciplinados a causa de su “sobreactividad inexplicable” (MESTRE, 1906, p. 133).

3) Los Asténicos: los comportamientos dentro de esta categoría serían la apatía, la disminución de la actividad, la depresión. Considerados como perezosos en las escuelas. En este caso Mestre llama a los maestros a distinguir cuando se tratase de un “perezoso patológico”, es decir, con “alteración funcional de sus centros cerebrales” y el perezoso voluntario. La causa de la astenia sería congénita, según Mestre, colocando así a los escolares asténicos como los “verdaderos anormales desde el punto de vista mental” (MESTRE, 1906, p. 135).

4) Los Escolares mentalmente anómalos por diferentes neurosis

(epilepsia, histeria): en el caso de la epilepsia, podía manifestarse a través de crisis paroxísticas breves que pasaban desapercibidas para quienes rodeaban al niño. En cambio, los histéricos podían ser irritables, con episodios de llanto o risa sin causa, ser violentos, coléricos. Mestre los describía, además, de la siguiente forma: “golpean con el pie y a veces se tiran en el piso cuando no se les satisface pronto”. En el caso de las niñas, el alienista describía una “coquetería extraordinaria para su corta edad” y en los varones, una “tendencia marcada al feminismo”, al preferir jugar con muñecas y no lo juegos más “ruidosos” (MESTRE, 1906, p. 135).

5) Los Subnormales (escolares intermediarios entre los precedentes anormales y los escolares ordinarios): en este grupo, Mestre coloca aquellos escolares con los mismos síntomas de los anteriores, pero más atenuados. Así, por ejemplo, afirma que, en esta categoría debían ser incluidos “los escolares cuya inestabilidad o detención mental son ligeras, aunque indudables”; siendo así que, en ellos, “la epilepsia es apenas visible, la astenia es más bien superficial, etc.” (p. 136). Tal condición, afirma el médico, lo haría más “salvable” intelectual y moralmente que los de los otros grupos.

6) Los Atrasados pedagógicos: los niños atrasados pedagógicos serían aquellos que por diferentes razones no habían comenzado la escuela, ya fuera porque sufrieran de alguna enfermedad limitante, por cambios constantes de escuelas o por las condiciones del medio familiar, sobre todo de negligencia por parte de los padres o tutores. Mestre, siguiendo a sus referentes franceses coloca aquí a los hijos de alcohólicos y de degenerados.

7) Los Escolares atacados de anomalías morales: en este último grupo, estaban los comúnmente considerados “viciosos o amorales”. Según el autor, este grupo era bastante numeroso y se componía de “pequeños vagabundos, mentirosos, cleptómanos, incendiarios y aun asesinos”. A Mestre le interesa destacar que en algunos casos podía presentarse manifestaciones morbosas bastante evidentes, pero en otros no. Es decir, podían ser encontrados niños atrasados morales y atrasados mentales al mismo tiempo, pero también encontrarse solamente niños con atraso en el orden moral. Lo mismo ocurría con la inestabilidad y otras “taras mentales” (MESTRE, 1906, p. 139).

Después de esa larga disquisición, el conferencista conduce nuevamente a sus oyentes al tema que más le interesa: aquellos signos de comportamientos más sutiles y difíciles de detectar en las escuelas. Sería, dentro del conjunto del escolar mentalmente anómalo, el de los escolares amorales, tanto aquellos portadores de taras morbosas como los que representaban combinaciones de taras morbosas ligeras con “influencias sociales nocivas” (MESTRE, 1906, p. 139).

¿Por qué a Mestre le importa tanto ese grupo particular? Arístides

Mestre, además de médico era antropólogo, y representante de aquella tendencia que buscaba en los signos físicos indicios de criminalidad. Por tanto, el niño escolar, caracterizado como amoral, combinando una herencia “degenerada” con un medio social que él llamaba “nocivo” y que apuntaba a la pobreza y la marginalidad, resultaba un objeto prometedor para investigaciones sobre “criminología infantil” (MESTRE, 1906, p. 139). Y la escuela, como era el espacio donde los niños pasaban la mayor parte del tiempo, sería el espacio privilegiado para la detección de esa infancia tenida como problemática, pudiéndose así, diseñar y aplicar estrategias para la prevención y corrección de comportamientos considerados desviados.

Ahora bien, había un elemento esencial que permitiría tanto a los médicos como a los maestros diferenciar al escolar vicioso o amoral de los otros niños mentalmente anómalos. Este elemento era, según Mestre, la mentira. Sobre la mentira en los niños, Philippe y Paul-Boncour ya habían teorizado, por lo que el alienista cubano nuevamente echa mano de sus referentes franceses para fundamentar su explicación. La mentira en los niños amorales tendría su origen en una “insuficiencia mental o moral”, debiendo procurarse esta en la primera infancia. Además, los niños viciosos tendrían, al igual que los degenerados y los escolares histéricos, una facilidad para elaborar de forma hábil y sofisticada sus mentiras, frente a otras formas “sencillas e imperfectas”. Así, Arístides Mestre les daba a sus colegas pedagogos una herramienta para diagnosticar a los escolares anómalos:

El análisis del fenómeno de la mentira de los escolares suministra la manera de conocer el estado de su espíritu, el grado de desarrollo intelectual y el modo de presentarse sus taras mentales: en sus mentiras se traducen sus concepciones, sus ideas asociadas, sus costumbres, toda su actividad psíquica (MESTRE, 1906, p. 106).

Vemos, de esa forma como, una manifestación común en la infancia, como la mentira o la elaboración fantasiosa, se transformaban en objeto de medicalización y de criminalización. Lo mismo ocurría con la tristeza, la apatía, la irritabilidad, la inquietud, el juego libre o las dificultades en el aprendizaje, por solo citar algunas de las mencionadas por el alienista cubano, que, dejarían de ser comportamientos comprensibles de la infancia, para transformarse en patologías mentales.

Por otro lado, vemos que hasta ese momento Mestre había seguido fielmente las teorizaciones de Philippe y Paul-Boncour para clasificar a la infancia anómala en edad escolar, pero llegando casi al final de su conferencia, añade otro elemento que, si bien no puede ser considerado enteramente de su “propia cosecha”, podemos decir que resulta un aporte del cubano al

cuadro clasificatorio de los franceses. Reconociendo que se había inspirado para ello en Pierre Carrière⁷, Mestre añade al conjunto de los escolares anómalos a los niños precoces.

Carrière, en su teoría sobre la precocidad escolar, afirma lo siguiente: “en el estudio de la precocidad intelectual, nos limitaremos a investigar cuatro grupos de precoces, los pintores, los músicos, los matemáticos y calculadores y los enciclopedistas” (CARRIÈRE, 1901, p. 75, traducción personal). Aunque no se detiene en explicar detalles, Mestre, asocia la precocidad de estos escolares a “sus antecedentes hereditarios”, pero también a “anomalías” que la acompañarían. Sobre la precocidad en los escolares, aunque las referencias de Mestre eran principalmente los franceses, como el médico fisiólogo Charles Richet, no dudaría en tomar las elaboraciones del psicólogo y etnomusicólogo alemán Carl Stumpf, también reconocido por sus estudios sobre la precocidad musical ⁸.

Es así como, el alienista cubano, enrolado en la misma aventura clasificatoria de sus colegas franceses, consideraba tanto a las diferentes formas de retardo mental, los comportamientos “amorales”, etc., como a la precocidad mental, una especie de anomalía. Por tanto, defendía que el papel de los médicos y de los pedagogos debían ser igualmente considerados y puestos al mismo nivel en la prevención y la normalización de la infancia anómala.

En ese sentido, él mismo afirmaba: “La profilaxis de los síntomas que vienen a veces con la precocidad, es asunto que también ha de preocupar sin duda alguna a médicos y educadores” (MESTRE, 1906, p. 141). A partir de esta afirmación, podemos entender que, lo que alarmaba a los alienistas sobre la precocidad infantil no era tanto las habilidades que podían desarrollar estos niños, en campos como la música o las matemáticas, sino, los síntomas psicológicos que a estas se les asociaba.

Aunque el autor no lo menciona, porque no era objetivo de su conferencia, podría inferirse que aquellos síntomas de los “precoces” que más preocupaban estarían asociados a cuestiones morales y sexuales, alejándolos del universo “estéril” que debía ser garantizado a la infancia. Debemos

⁷ Pierre Carrière había defendido su tesis de doctorado unos años antes, en 1901, titulada *De la précocité physique et intellectuelle chez l'homme*. El director de su tesis fue Brissaud, quien le había propuesto desarrollar ese tema. El objetivo de la tesis de Carrière era estudiar “las diversas formas de precocidad psíquica e intelectual en el hombre” desde la etapa embrionaria, específicamente sus causas, la influencia del medio y las influencias hereditarias que estarían en juego” (CARRIÈRE, 1901, p. 9). Carrière definió su objeto de estudio de la siguiente forma: “Llamaremos precoz, a cualquier órgano o función física o intelectual que aparezca en un niño antes de la edad ordinaria en un entorno determinado” (CARRIÈRE, 1901, p. 11, traducción personal).

⁸ Charles Richet, en 1900, en el Congreso Internacional de Psicología de París había presentado el caso de un niño español de tres años, conocido como “Pepito Arriola”, el cual era considerado un prodigio musical comparado con Mozart (RICHET, 1901). Por otro lado, el alemán Carl Stumpf, tres años después de la presentación de Pepito Arriola, también realizó experimentos con “prodigio español” (STUMPF, 1909).

recordar que en el campo de la medicina mental y las prácticas psi, aquel era un momento un tanto convulso, pues, un año antes, en 1905, el mundialmente reconocido psicoanalista Sigmund Freud, quien también formaba parte del gremio médico europeo, había publicado *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (FREUD, 1925), traducido al español como “Tres Ensayos para una Teoría Sexual”.

Tal como afirma Santos (2021), Freud, en un contexto donde predominaba la moral victoriana, al presentar ese texto a la comunidad científica internacional, teorizando sobre la pulsión sexual en la infancia, había provocado una serie de respuestas contrarias, resistencias y escandalosas acusaciones de “pansexualista”, llevando a sus colegas a confundir las manifestaciones normales de la sexualidad infantil con la precocidad.

Por fin, el alienista cubano, después de su extensa “ilustración” a sus colegas educadores sobre las características del escolar anómalo, les presentaría una propuesta de intervención médico-pedagógica, a través de la cual los niños anormales podrían “volverse normales si se les educa convenientemente” (MESTRE, 1906, p. 141). A fin de otorgar un poco más de sustento a su propuesta y, sobre todo, para mostrar la eficacia de la mencionada estrategia médico-pedagógica, Mestre utilizará como recurso narrativo la anécdota de “un niño salvaje” tratado por la psiquiatría francesa, el famoso caso de *Le sauvage de l'Aveyron*. Para Mestre, la forma en que fue tratado este niño, “abrió en medicina mental la era de la educación de los idiotas” (MESTRE, 1906, p. 142).

Como habíamos adelantado en la introducción de este trabajo, el salvaje de Aveyron era un niño de unos once o doce años encontrado en los bosques de La Caune en París por tres cazadores, después de andar trepado en los árboles, completamente desnudo y supuestamente alimentándose de bellotas y raíces. Después de escapar de un primer intento de civilización por parte de los pobladores de una aldea vecina y de pasar por el abrigo forzado de algunos moradores, el pequeño finalmente es enviado a París y recluido en uno de los hospitales de la capital francesa para ser estudiado. El Salvaje de l'Aveyron se transformaría rápidamente en objeto de escrutinio, no solo de los moralistas franceses, sino también de los médicos.

Luego de ser examinado por varios alienistas, entre ellos, Phillipe Pinel, las conclusiones sobre aquel “niño salvaje”, eran desalentadores para la psiquiatría y la pedagogía. Hasta el propio Pinel lo había calificado como un caso de idiotisme incurable. Sin embargo, en la misma época, el médico-pedagogo francés Jean-Marc-Gaspard Itard había decidido hacerse cargo del famoso salvaje, al que daría como nombre “Víctor”.

En sus relatos, Itard describía al pequeño como “un niño

repugnantemente inundo, afectado por movimientos espasmódicos ya menudo convulsivos, balanceándose implacablemente como ciertos animales de una exhibición de fieras, mordiendo y arañando a quienes le servían; en fin, indiferente a todo y sin prestar atención a nada” (ITARD, 1994, p. 9, traducción personal).

Al tiempo que lo observaba detalladamente, Itard le aplicaría al niño un tratamiento educativo especial, en un ambiente estrictamente controlado que consistía en el establecimiento de una rigurosa rutina, estrictamente supervisada, donde se le obligaba a aprender hábitos propios de la cultura. Según el propio médico francés, “el pequeño Víctor”, gracias al tratamiento dispensado, mostraba resultados prometedores, transitando rápidamente de una conducta salvaje hacia un comportamiento civilizado básico (uso de ropas, expresión de emociones, reconocimiento de objetos, etc.) (ITARD, 1894). Es así como, afirma De Lajonquière (2011), el “niño salvaje” se transformó rápidamente en un caso emblemático tanto para la pedagogía como para la psiquiatría infantil francesa y mundial⁹.

Resulta comprensible entonces porqué Aristides Mestre utilizó este famoso caso como su mejor ejemplo para ilustrar la importante misión que debía llevar a cabo la medicina pedagógica y la educación infantil. Aunque solo de pasada, Mestre también citó a Édouard Seguin¹⁰ como su referente principal del campo de la ortofrenia. La mención a Seguin, sin dudas vendría a reforzar más aun la solidez de la propuesta de Mestre, a pesar de que, el trabajo del francés se concentraba sobre todo en el tratamiento de “niños idiotas” en establecimientos especiales y no en las escuelas (SEGUIN, 1846; MESTRE, 1906).

Tanto la labor desarrollada por Itard en el campo de la enseñanza, como la de Seguin servirían a Mestre como una base teórica sobre la cual apoyarse, pero desde el punto de vista práctico, el alienista necesitaba ir un poco más allá, hacia un terreno aun poco explotado del escolar anómalo, allí donde podían ser hallados aquellos niños más parecidos a los “normales” y que escapaban frecuentemente a la mirada clínica. Finalmente, la estrategia de medicina-pedagógica propuesta por Mestre para los escolares anómalos debía organizarse según los siguientes “consejos generales” (MESTRE, 1906, p. 145):

Los escolares debían ser clasificados y agrupados de forma homogénea.

La enseñanza debía adaptarse al estado especial de las facultades del

⁹ También, el caso del niño salvaje fue recreado en el cine francés. En 1970, el reconocido director François Truffaut realizó la película *L'enfant sauvage*, mostrando los principales aspectos de la vida del niño “Víctor”, tratado por Itard.

¹⁰ El trabajo de Seguin con los “niños idiotas” era realizado a partir de la creación de establecimientos educativos especiales y escuelas para niños con retraso mental, las que se multiplicaron a mediados del siglo XIX no solo en Europa, sino también en América del Norte (SEGUIN, 1846; MESTRE, 1906).

escolar.

En el caso de los niños “detenidos”, el educador debía actuar en función de despertar su atención y, una vez conseguido despertarla, mantenerla.

En el caso de los niños inestables, el educador debía dedicarse por entero, a mantener fija su atención y, conservarla todo el tiempo necesario.

Para los niños irritables o los neuróticos, el educador debía garantizar y trabajar en función de crear “hábitos sociales de orden, de regularidad, de buena disciplina, de moralidad inteligente”.

Para que estos consejos generales fueran realmente efectivos, aseguraba Mestre, era fundamental que tanto los médicos como los educadores conocieran la “psicología del escolar”¹¹, la que, junto a las características obtenidas por el examen biológico y el mental conformarían la principal herramienta diagnóstica del aparato médico-pedagógico.

Al final de su intervención, Mestre retoma el tema de los niños criminales. A pesar de haberse referido a este asunto de forma breve y superficial, su mención abre todo un innovador campo de estudios sobre la infancia en Cuba, donde podrían trabajar en colaboración estrecha la psiquiatría, la pedagogía y la criminología. Es así como, la tarea de la medicina pedagógica no debía ir solamente en función de la detección temprana y la educación de las anormalidades infantiles en el ámbito escolar, sino también la prevención de la “criminalidad infantil” (MESTRE, 1906, p. 147).

El interés de Mestre por los “niños criminales”, venía no solo de su profesión como antropólogo, sino también de sus referentes de la psiquiatría francesa, como es el caso de Ernest Cabadé, citado por él y quien había publicado unos años antes el libro *De la responsabilité criminelle* (CABADÉ, 1893). Así, Mestre, siguiendo a Cabadé, reafirmaba la importancia de descubrir a ese tipo de niños en el ambiente escolar, partiendo del principio de que existían en ellos taras físicas o mentales heredadas de padres degenerados, lo cual les traería dificultades en cuanto a las leyes sociales o también, le haría débiles frente a “las provocaciones de un ambiente malsano”. Así, el “examen mental” en estos casos permitiría determinar si los “pequeños delincuentes” eran “viciosos o enfermos” (MESTRE, 1906, p. 147).

Con esto, Mestre no hacía un gran aporte a la psiquiatría, porque, como apunta Foucault, desde el siglo XIX el campo de la criminalidad ya era asunto de interés de la medicina mental, donde se encontraba una oportunidad para intervenir frente a los “peligros inherentes al cuerpo social”

¹¹ Mestre coloca al pedagogo cubano Manuel Valdés Rodríguez (1898) como uno de los autores fundamentales de la pedagogía cubana y sobre todo de la psicología experimental aplicada al ámbito escolar (MESTRE, 1906). Ver: VALDÉS RODRÍGUEZ, Manuel. *Ensayos sobre Educación. Teoría, práctica y experimental*, Imprenta El Fígaro, La Habana 1898.

(FOUCAULT, 1996, p. 164). No obstante, la referencia del alienista a los niños criminales en las escuelas sí puede ser considerado un aporte al discurso psiquiátrico cubano, porque contribuiría a ampliar su alcance hacia el espacio educativo.

Si tenemos en cuenta que, tal como afirma Foucault (1996), la psiquiatría, en el campo de la criminología comenzó a interesarse por aquellas manifestaciones repentinas de “locura”, sin indicios anteriores y que podían transformarse en crímenes futuros, sobre todo crímenes de amplia connotación, podemos entender el interés particular por la infancia considerada anormal. El esfuerzo del alienista Arístides Mestre se inscribía dentro de esa línea que intentaba descubrir las sutiles manifestaciones de una locura antes de que pudiera transformarse en crimen consumado, es decir, la prevención de la delincuencia futura¹². Es justamente en esa línea que se colocaba a la infancia anómala como objeto de intervención. Claro que, como hemos visto, la criminalidad era uno entre otros caminos considerados por los alienistas de la época para la infancia anómala.

Finalmente, Mestre encierra su intervención afirmando lo siguiente:

Sí, el tratamiento médico-pedagógico no sólo mejora y cura al escolar mentalmente anómalo, sino lo que encierra mayor trascendencia, constituye la verdadera profilaxis, pudiéramos decir, del crimen en un sinnúmero de circunstancias. ¡La herencia y propagación de esas anomalías es amenaza terrible, a no dudarlo, para la sociedad y la raza! (MESTRE, 1906, p. 147).

En esas palabras no solo queda expuesto que el objetivo de Mestre era establecer una colaboración estrecha de la pedagogía y la psiquiatría en la normalización de la infancia, sino también se demuestra cómo la psiquiatría cubana se ampliaba hacia la prevención de las conductas consideradas desviadas de la norma y, por tanto, susceptibles de peligrosidad. Además, se mantiene la cuestión de la herencia y la supuesta transmisibilidad de las enfermedades mentales como núcleo duro del discurso psiquiátrico cubano y, por último, y estrechamente relacionado con el asunto de la herencia, la referencia a la raza.

La alusión de Mestre a la cuestión racial, aunque colocada al final de

¹² Es importante destacar, además, que, unos años atrás, específicamente en la Segunda Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección celebrada en La Habana en 1904, Arístides Mestre ya había tocado el tema de la criminalidad, alertando a sus colegas sobre la importancia de prestarle mayor atención a los locos criminales. En su conferencia, titulada “Crimen y Locura”, Mestre llamaba la atención sobre el aumento en aquellos años, de “hechos delincuentes cometidos por enajenados” (MESTRE, 1904, p. 385), explicando a sus interlocutores desde la teoría lombrosiana la relación entre la llamada locura moral y el crimen, ambas “producto de una degeneración morbosa” y en otros casos, por causa del alcoholismo (MESTRE, 1904, p. 388).

su conferencia y sin que profundizase mucho en ello, puede ser entendida como otro signo de esa ampliación de la psiquiatría cubana hacia otras fronteras como el higienismo y la eugenesia. En Cuba, tal como ocurría en otros países de América como Argentina, Brasil, Colombia, Estados Unidos, México, Perú, Venezuela, entre otros, la preocupación por el “mejoramiento” de la especie, así como el “blanqueamiento” de las razas, cobraba mucha fuerza en esta época. No solo los antropólogos y los criminólogos cubanos se interesaron en ese asunto, sino también varios médicos higienistas y algunos psiquiatras, como Arístides Mestre¹³ se embarcaron en esa aventura.

Arístides Mestre continuó su labor como médico alienista y al mismo tiempo como antropólogo hasta la década de 1950 en que fallece. En poco tiempo se había transformado en una de las más importantes figuras de la psiquiatría cubana, concentrando sus estudios en temas como criminalidad y enfermedades mentales, discapacidad mental y psicopatología infantil.

Consideraciones finales

La población infantil vulnerable fue uno de los objetivos primordiales del gobierno republicano cubano desde sus inicios en los primeros años del siglo XX. Bajo el imperativo de formar ciudadanos aptos intelectual y físicamente, acordes con el nuevo Estado, pero sobre todo en función de prevenir riesgos sociales, diferentes instituciones, tanto benéficas como gubernamentales se dieron a la tarea de transformar la realidad de la infancia marginal o problemática. En ese sentido las concepciones higienistas sirvieron de fundamento y norte para esa labor.

Junto al hogar, la escuela ha sido el espacio por excelencia de acogida del niño, donde acostumbran a permanecer por más tiempo y donde reciben educación. Por tanto, el ambiente escolar se presentaba como ideal para realizar intervenciones psicopedagógicas en función de normalizar las conductas identificadas como desviadas, a través de la medicalización.

Para la psiquiatría, a diferencia de los trastornos neurológicos, sobre los cuales caía un manto de pesimismo en cuanto a su curación, ciertos comportamientos infantiles llamaban la atención de los médicos, transformándolos en síntomas. Así, la medicalización de la infancia establecía un camino donde estos síntomas debían ser curados, mejorados y sobre todo prevenidos. De esa forma, la colaboración entre la pedagogía y la psiquiatría debía no solo ser fundada, sino establecida permanentemente. Ese sería el

¹³ Sobre el tema de la eugenesia en Cuba ver el libro *En busca de la raza perfecta: eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*, de los historiadores cubanos Armando García González y Raquel Álvarez Peláez (GONZÁLEZ; PELÁEZ, 1999).

objetivo del alienista cubano Arístides Mestre con su conferencia “Las inteligencias anómalas y el problema de su educación”, dictada a maestros y pedagogos cubanos.

En el campo de la infancia “anormal” y “problemática”, que hasta el momento parecía dominado principalmente por instituciones jurídicas, benéficas y pedagógicas, con sus asilos, casas de corrección, escuelas de oficios, etc., la medicina mental en Cuba iniciaba la medicalización de la infancia. Ciertos comportamientos infantiles hasta el momento no considerados patológicos, comenzaron a caer bajo el escrutinio y el radio de acción de la psicopedagogía y la psiquiatría.

No obstante, los alienistas cubanos tendrán que esperar casi dos décadas para que la psiquiatría infantil fuera efectivamente fundada como especialidad médica y que se destinase un espacio específico para los “niños anormales” dentro del asilo para dementes en 1927¹⁴. Mientras se ampliaba el campo de acción de la psiquiatría al espacio escolar, ya circulaban hacía tiempo por los pasillos del manicomio los pequeños pacientes, mezclados con la población adulta del lugar, padeciendo igualmente los efectos de la psiquiatrización.

REFERÊNCIAS

ALMODÓVAR, M. del C.; MENESES, F. La higiene en Cuba durante el primer cuarto del siglo XX. **Revista Médica Electrónica**, Cuba, v. 36, n. 5, p. 681-689, 2014. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500016. Acesso em: 6 out. 2021.

AÑÓN, Rosa Ballester; PERIGÜELL, Emili Balaguer. La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. **Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam**, 1995, vol. 15, p. 177-192.

CABADÉ, Ernest. **De la responsabilité criminelle**. París, G. Masson, 1893.

CALVO, Àngel C. Moreu. La Pedagogía y la Medicina en los inicios de la Educación Especial ochocentista: Francia, Alemania y España. En El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: **XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea**, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009. Universidad Pública de Navarra, 2009. p. 311-322. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2962594.pdf> Acceso en: 12 out. 2021.

CARRIÈRE, Pierre. **De la précocité physique et intellectuelle chez l'homme**. Faculté de médecine L. Boyer, 1901.

CHAPLE, Enrique Beldarraín. Antecedentes y primeros momentos de la

¹⁴ Ver LAMBE, Jennifer L. El niño problema como objeto institucional: la psiquiatría infantil en Cuba, 1926-1945. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, [s. l.], v. 69, n. 2, julho/dez 2017.

institucionalización de la higiene y la epidemiología en Cuba. **Anales de la Academia de Ciencias de Cuba**, 2020, vol. 10, no 1, p. 758.

CORDOVÍ, Y. Las ciencias médico-higienistas en la concepción de los medios disciplinarios escolares, 1899-1958. **Academia de la Historia de Cuba**, 2011. Disponible em: <https://cubapossible.com/las-ciencias-medico-higienistas-en-la-concepcion-de-los-medios-disciplinarios-escolares-entre-aa899-y-aa958-2-aa6-6-28-aa2-6/>. Acceso em: 11 out. 2021.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

DEMOOR, Jean. **Los niños anormales y su tratamiento educativo en la casa y en la escuela**, Francisco Beltrán-Librería española y extranjera, Príncipe, 16, Madrid, 1918.

ECURED, Contributors. Arístides Estéfano Mestre Hevia. In: JOVEN CLUB CUBA (La Habana). EcuRed (ed.). EcuRed: Enciclopedia cubana. [S. l.], 2017. Disponible en: https://www.ecured.cu/Ar%C3%ADstides_Est%C3%A9fano_Mestre_Hevia. Accedido en: 11 out. 2021.

FRAGO, Antonio Viñao; MARTÍNEZ, Pedro Luis. Higienismo y educación (ss. XVIII-XX): Introducción. **Areas: revista Internacional de Ciencias Sociales**, 2000, n° 20. Disponible em: <https://revistas.um.es/areas/issue/view/10781>. Acceso em: 11 out. 2021.

FRAGO, Antonio Viñao. Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica. **Areas: revista Internacional de Ciencias Sociales**, 2000, n° 20, p. 9-24. Disponible em: <https://revistas.um.es/areas/issue/view/14463>. Acceso em: 11 out. 2021.

GAROFALO FERNANDEZ, Nicolás. El pedagogo Alexis Frye (1859-1936), una valoración en contexto. **Varona**, La Habana, n. 71, p. 3-6, dic. 2020. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-82382020000200003&lng=es&nrm=iso. accedido en 29 jul. 2021.

GONZÁLEZ, Armando García; PELÁEZ, Raquel Álvarez; OROVIO, Consuelo Naranjo. **En busca de la raza perfecta: eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)**. Editorial CSIC-CSIC Press, 1999.

ITARD, Jean-Marie Gaspard. **Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron**. L'idiotie et la surdi-mutité par Itard, avec une appréciation de ces rapports, etc., Paris, Alean, 1894.

LAMBE, Jennifer L. El niño problema como objeto institucional: la psiquiatría infantil en Cuba, 1926-1945. *Asclepio*. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, [s. l.], v. 69, n. 2, jul/diez 2017. Disponible em: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/751>. Accedido en: 03 oct. 2020.

LONDOÑO-RAMOS, C. A. La escuela la vida y por la vida. El impacto de Ovidio Decroly en la pedagogía y la universidad colombiana. **Historia de la educación colombiana**, 2001, vol. 3, no 4, p. 135-146.

MARQUÉS DE ARMAS, P. **Ciencia y poder en Cuba. Racismo, homofobia, nación (1790-1970)**. Madrid: Editorial Verbum, 2014.

MARZAL, Javier Ernesto Ladrón de Guevara; MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Pobreza y criminalización de la infancia en Cuba (1857-1936): reformatorios para menores delincuentes y estrategias biopolíticas. **Brazilian Journal of Latin American Studies**, 2021, vol. 20, no 39, p. 182-212.

MESTRE, Aristides. Sobre la creación de un departamento para la educación médica de los niños defectuosos en sus facultades intelectuales y morales. **Revista Cuba y América**, Nro. 6, New York, 1902. Disponible en: https://digital.iai.spk-berlin.de/viewer/!toc/829305491/45/LOG_0014/. Acceso em: 05 ago. 2021

MESTRE, Aristides. Las inteligencias anómalas y el problema de su educación. **Revista de la Facultad de Letras y Ciencias**, vol. 3, La Habana, 1906.

MITJAVILA, Myriam. Medicalização, risco e controle social. **Tempo social**, vol. 27, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/B7mj7V96nNBT9fsKgphcXbt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 out. 21.

NÚÑEZ, Yoel Cordoví. Cuerpo, pedagogía y disciplina escolar en Cuba: dispositivos de control desde los discursos higienistas (1899 - 1958). **TZINTZUN Revista de Estudios Históricos, Michoacán**, n. 56, p. 93-136, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/tzintzun/n56/n56a3.pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

PHILIPPE, Jean; PAUL-BONCOUR, Georges. **Les Anomalies Mentales chez les Ecoliers, Etude Medicopédagogique**, Felix Alcan Éditeur, Paris, 1905.

STUMPF, Carl. Akustische Versuche mit Pepito Arriola. Beiträge zur Akustik und Musikwissenschaft, 1909, vol. 4, p. 105-116. Disponible en: <https://echo.mpiwg-berlin.mpg.de/ECHDocuView?url=/permanent/vlp/lit38492/index.meta&viewMode=thumbs>. Acesso em: 18 ago. 2021.

VALDÉS RODRÍGUEZ, Manuel. Ensayos sobre Educación. Teoría, práctica y experimental, Imprenta El Fígaro, La Habana 1898.

VÁSQUEZ, María Fernanda. La higiene intelectual infantil o los comienzos de la psiquiatría de la infancia en Colombia, 1888-1920. **Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura**, 2018, vol. 45, no 1, p. 105-129.

YARZA, Alexánder; RODRÍGUEZ, Lorena María. Ovidio Decroly: Educación de los sentidos y del cuerpo del niño anormal. **Lúdica pedagógica**, 2005, vol. 2, no 10.

INFANCIA, DESVIACIÓN Y PELIGROSIDAD: HACIA LA DETECCIÓN DE LOS NIÑOS SOCIALMENTE PROBLEMÁTICOS

María José Beltrán

Introducción

Este capítulo aborda la intervención de la psiquiatría en los procesos de comprensión y regulación de un conjunto de conductas infantiles consideradas desviadas, entre 1930 y 1950¹. Estas conductas remiten particularmente a aquellos niños que no lograban incorporar la disciplina ni en la escuela ni en el hogar, cuestionaban la autoridad familiar y la escolar, dificultando el aprendizaje propio y el del resto. La mirada sobre estos comportamientos refiere a la amenaza que representaban para el orden social, así como el potencial peligro en términos criminales.

La intervención médica en la infancia socialmente problemática puede ser rastreada desde comienzos del siglo XX. Sin embargo, se entiende que el periodo seleccionado posee algunos rasgos fundacionales respecto de la trayectoria posterior que la medicalización de la infancia experimentó en la segunda mitad del siglo XX.

Vomero (2016) destaca que, desde el surgimiento de la clínica psiquiátrica en la primera década del siglo XX, ya se podía observar que, aun siendo una disciplina incipiente, algunos médicos se desempeñaban como consejeros pedagógicos a través de un fuerte nexo con el sistema educativo, las

¹ Este capítulo es una versión revisada y ampliada de un artículo publicado en la revista *Psicología, Conocimiento y Sociedad* bajo el título “La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930 -1950)”, Vol. 8, Núm. 2 (2018), 29-49. <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/535> -

escuelas y los maestros en particular. Su función en este espacio fue la categorizar habilidades y capacidades de los niños, identificar tempranamente conductas consideradas desviadas y clasificar a los niños bajo la mirada de la normalidad.

Uno de los elementos clave para entender el proceso de psiquiatrización de la infancia, refiere a las acciones emprendidas en torno a la higiene mental. Se trata de acciones que buscaban prevenir las enfermedades mentales, enfatizando en la detección precoz de anomalías o desviaciones, principalmente en la infancia (VÁSQUEZ VALENCIA, 2016). La noción de higiene mental permitió articular discursos preventivos asociados a pautas de crianza para padres, con una injerencia en especial en el ámbito de la vida privada.

Conforme apunta Vomero (2016), la psiquiatría novecentista se propuso encontrar, en ámbitos como la familia o la escuela, posibles señales patológicas o indicios de anormalidad en la infancia, desarrollando una extensa categorización, así como la implementación de medidas para encauzar ese tipo de conductas.

La expansión que experimentó la psiquiatría en la década de 1930 comprendida bajo la noción de medicalización, respondió a una configuración socio-institucional de atención a la infancia que le dio soporte (ORTEGA, 2008; MORÁS, 2012; LEOPOLD, 2002, 2014). La demanda procesada por el Estado para tornar inteligibles ciertos tipos de comportamientos que se presentaban como irracionales o que revelaban algún tipo de anormalidad, la creciente preocupación por la composición y la reproducción biológica y social de los sectores populares (SAPRIZA, 2001); el poder médico instalado en la sociedad del novecientos (BARRÁN, 1992, 1993) y la expansión del saber psiquiátrico (DUFFAU, 2019) confluyeron como factores explicativos de la intervención de la psiquiatría en el tratamiento de la infancia.

Este periodo, en términos de fases y siguiendo la propuesta de Mitjavila (2020: p. 100) puede ser ubicado en aquel momento en que la infancia adquiere un valor biopolítico, signado también, por el influjo de las corrientes eugenésicas. En ese contexto “la infancia comienza a ser problematizada y capturada por la lente de un tipo de conocimiento médico basado en principios higienistas como puede observarse en las preocupaciones condensadas en las figuras del “niño problemático” y del “menor incorregible”. La prevención, consigna que fue guía en este periodo, indicaba la necesaria detección de aquellos menores que con determinados rasgos, mostraban indicios de futura criminalidad.

En tal sentido, el caso uruguayo remite a una etiología diversa y ecléctica, que atribuyó a la degeneración, a la psicopatía y a los vínculos familiares

patológicos, la explicación de este tipo de conductas peligrosas. Es posible afirmar que, en términos causales, la familia, la educación y el medio social, continuaron en este periodo siendo los principales elementos que explicaron el comportamiento criminal en la infancia.

Este proceso, bajo la comprensión de la literatura que estudia el tema, puede ser denominado como psiquiatrización de la infancia (VOMERO, 2014a, 2014b, 2014c, MÍGUEZ, 2012, CAPONI, 2016). Refiere especialmente a la intervención médica en un conjunto de conductas infantiles que se presentan como moralmente desajustadas (el desorden, la indisciplina, la indocilidad, el carácter reacio, la falta de afecto) y que se transforman en condiciones patologizables.

Este proceso de expansión médica fue expuesto por Foucault (2001) para el caso francés, quien describe la inscripción de la psiquiatría en un nuevo régimen administrativo a través del cual se le demanda la certificación de comportamientos potencialmente criminales y la necesidad de encierro en esos casos. En ese sentido, menciona el autor, que la presencia de la alienación ya no es condición necesaria para la intervención médica y que, desde mitad del siglo XIX, la psiquiatría comienza a operar a partir de la noción de perturbación de la conducta y ya no desde la presencia de la enfermedad caracterizada como alienación. Destaca Foucault, además, que la psiquiatría opera en ese espacio de intersección entre otros dispositivos disciplinarios, los refuerza, los hace dialogar, los transpone. En palabras del autor: "Patologiza lo que podríamos llamar los restos de las instancias disciplinarias" (2001: p.143).

El contenido del capítulo está organizado en torno a tres ejes de análisis: i) la caracterización de la infancia como etapa de transición al mundo adulto y el papel del Estado como agente que despliega un conjunto de instrumentos legislativos e institucionales dirigidos a la infancia-problema en el contexto de estrategias biopolíticas de cuño eugenésico; ii) los discursos médicos sobre la infancia anormal y su traducción en categorías diagnósticas así como los instrumentos para su detección temprana; y iii) las medidas terapéuticas adoptadas dirigidas a corregir y encauzar a la infancia desviada.

La invención de la infancia

La consideración del niño como un ser "con características propias" y ya no como "un hombre pequeño" generó un proceso socio institucional en el cual la infancia adquirirá gran centralidad. Como parte de la comprensión del niño como indefenso, como un ser inacabado y necesitado de protección, el vínculo del niño tanto con el mundo adulto como con el espacio público se tornará limitada. Así mismo, se colocan en la infancia las esperanzas del futuro de la nación y la raza, proceso re-significado por las corrientes que

propugnaban la reducción de la cantidad de hijos en pro de una mejora en la calidad de la prole (SAPRIZA, 2001).

Frente a este nuevo lugar social que adquirirá la infancia, se fortalecerá el proceso de escolarización, en donde “el discurso pedagógico asumirá un lugar protagónico en la categorización de la niñez y el niño pasará progresivamente a convertirse en objeto de estudio de varias disciplinas tales como la medicina, la psicología y el derecho, cuyos notorios desarrollos manifestados a partir del último tercio del siglo XIX, alimentarán los discursos normativos de control y disciplinamiento sobre la infancia” (LEOPOLD, 2014: p.30).

Dos de los elementos más significativos del período refieren a la creación del Código del niño y del Consejo del Niño en 1934, encargado de atender todos los problemas de la infancia, considerando los aspectos de desarrollo, higiene, educación y bienestar en sentido amplio (ORTEGA, 2008). La Comisión honoraria designada por el Poder Ejecutivo estuvo integrada por un grupo de intelectuales, destacando importante presencia de médicos y juristas. El Código del niño muestra la orientación eugenésica de las estrategias de prevención que fueron implementadas en Uruguay y que pueden ser rastreadas, también en la institucionalidad construida en torno a la infancia en este período (LEOPOLD, 2002; ORTEGA, 2008).

La composición y la calidad de la población, fundamentalmente relacionadas con las condiciones de reproducción biológica y social de los sectores populares, constituyeron un foco de interés y de intervención de ese andamiaje institucional. Elementos tales como el alcoholismo y los denominados vicios sociales, las enfermedades contagiosas como la sífilis y la tuberculosis, así como los factores vinculados a la inmigración no deseada, fueron algunos de los focos de esa intervención.

La infancia en particular fue considerada un espacio privilegiado para desarrollar las estrategias de prevención de esos “males sociales”, tanto a nivel escolar como familiar, constituyendo, a su vez, una ampliación del espacio de intervención de la medicina, en áreas anteriormente externas a su influencia.

Por su parte, la concepción higienista reinante desde comienzos del siglo XX atribuía al ambiente físico y la condición social de los sujetos como el marco en el cual se creaban los peligros sociales, que integraban las enfermedades del novecientos, así como del establecimiento de determinadas pautas de conductas basadas en la moralidad de la época (BARRÁN, 1993; ORTEGA, 2008).

La consideración de la infancia problemática fue parte de un momento histórico particular. La crisis económica y social que vivió el Uruguay a partir de 1929 (CAETANO, JACOB, 1991) propició un aumento e intensidad de los discursos asociados a la peligrosidad, en la idea de los menores como potenciales delincuentes, principalmente aquellos niños abandonados por sus

padres, generando de este modo que determinadas acciones estatales adquirieran, paulatinamente, la doble función de proteger y prevenir. Por un lado, se buscó proteger a la niñez abandonada, pero con el objetivo de prevenir los daños sociales que puede causar este tipo de infancia. El cuidado por el bienestar del niño bajo el precepto de la protección coadyuvó para un progresivo control no solo de la infancia, sino de las familias: “En definitiva es posible afirmar que el potencial peligro que en diferentes planos significan “las clases degeneradas”, impondrán un sistema de protección que confundirá, en muchas ocasiones el cuidado por el bienestar del niño con el mero encierro disciplinario” (MORÁS, 2012: p.79).

Por su parte y como ya fuera mencionado, la niñez abandonada se constituirá como un problema del periodo, a medida que habitaba el espacio público o era confinada en instituciones de caridad. La infancia, entonces, irá adquiriendo un lugar de atención, consideración y centralidad que combinará acciones de protección con medidas punitivas y de disciplinamiento. Por su parte, la distinción entre “niñez” y “minoridad”, abrirá paso a un conjunto de intervenciones para encauzar una serie de conductas principalmente dirigidas a esta última población, los hijos de la clase obrera empobrecida, principalmente asociada a la peligrosidad (LEOPOLD, 2014: p.39). Para ello, se desplegaron un conjunto de saberes y prácticas, que clasificarán las conductas desviadas, explicarán sus causas y propondrán una serie de medidas para encauzarlas.

Familias patológicas

Un énfasis particular refiere a la consideración de las familias consideradas patológicas, fuente de degeneración y responsables por la incorporación de pautas morales en la infancia (DUFFAU, 2013). Conforme apunta Leopold (2002), la familia es colocada como uno de los ejes centrales de la intervención técnica, en la medida en que es reconocida como base de la socialización de los sujetos y base de la organización social. Por su vez, la familia será considerada como unidad de crianza básica y primaria de los niños y sometida a mecanismos de inspección y vigilancia institucional. Plantea Foucault (2001: p.143) que “las relaciones intrafamiliares, y esencialmente las relaciones de amor, o más bien sus lagunas, constituyen el nervio esencial de la observación”.

Para Morás (2012), los discursos técnicos de la época estuvieron signados por una profunda preocupación por la supuesta crisis moral en los valores tradicionales de la familia. Esta se presenta como una entidad que puede ser enferma o sana y en donde se promueve la propagación de los valores

sociales. La visión positivista y organicista reinante en la cultura del periodo, así como la medicalización de los problemas sociales pondrá especial cuidado en la preservación de la salud orgánica y su correlato en el espacio social, “a través de la adopción de estrictos preceptos en varios planos de la vida cotidiana” (MORÁS, 2012: p. 78).

Una buena familia, bien constituida, aseguraría la reproducción de buena salud, tanto física como moral. Las familias que no cumplan con ese mandato son catalogadas como “familias enfermas”, es decir, aquellas familias desorganizadas, que se reproducían en situaciones “irregulares”. Según las fuentes de época citadas por Morás (2012: p. 76), esto implicaba la existencia de “hijos ilegítimos, que constituyen una causa poderosa de disgregación, no solo en el aspecto moral, sino de la responsabilidad del Estado frente de las obligaciones que se derivan de la aplicación de una serie de leyes”.

Acoplando los discursos de la peligrosidad, de la infancia abandonada y la moral familiar, la imagen del niño abandonado como posible delincuente también prosperó en el periodo referenciado, siendo este uno de los focos de preocupación de la profesión médica, principalmente en las formas de detección que pudieran dar cuenta de indicios de este tipo de conductas, así como la implementación de medidas preventivas para encauzar determinadas conductas proclives al delito. La familia, en este caso, será sometida a diversos estudios de índole psicosocial, a efectos de establecer responsabilidades en las conductas de sus hijos, así como serán objeto de médicos, psicólogos y visitadoras quienes los dotarán de elementos para la crianza de sus hijos.

Respecto del Estado, este se presenta como responsable del problema en dos sentidos contrapuestos: un énfasis “en la falta de autoridad” como causa del problema o una “impotencia del Estado” para no encontrar soluciones a un tema complejo. En cualquiera de los casos, existirá, en este periodo, un mandato hacia determinadas profesiones respecto de su necesaria intervención para abordar las conductas de la infancia desviada y sus familias.

Peligrosidad en la infancia y espacio escolar

Se ha mencionado a la escuela como uno de los espacios elegidos para transmitir valores que se aspiraba a que fueran dominantes en la época. En el periodo que nos ocupa es preciso mencionar que desde marzo de 1930 hasta abril de 1933 había asumido la dirección del Consejo de enseñanza primaria el médico Santin Carlos Rossi, sustituido después del golpe de Terra por el arquitecto José Claudio Williman. Rossi, considerado un “battllista de posiciones radicales”, al defender “la necesidad del monopolio estatal de la enseñanza primaria para garantizar el cumplimiento de la laicidad, en defensa del

niño y de la sociedad” (RUIZ, 1990, p. 193).

Williman, por su parte, fue la figura clave en la dirección de la educación primaria desde 1933. Expresó la necesidad de una reforma moral encaminada a través de “la reeducación de los ciudadanos para que vuelvan a proceder según las normas en que se basa una verdadera democracia” (WILLIMAN, 1933, apud RUIZ, 1990: p.194). Las autoridades que asumieron la educación primaria en 1933 diagnosticaron que los valores transmitidos en la educación primaria por entonces no habían fomentado la disciplina, el valor de la patria y la nación y que, además, la escuela fue un espacio de aliento a la subversión. El destino de la educación primaria sería la de re-encauzar su rumbo para volver a aquellos contenidos morales y espirituales, teniendo como premisa principal, el regreso al patriotismo, “el amor a nuestra patria, sus símbolos, su admiración por nuestros próceres civiles militares [...], la santidad de los hogares” (RUIZ, 1990: p.198).

Cabe destacar los pilares sobre los que se basó la reforma de Williman: propiciar un equilibrio entre el desarrollo intelectual y la formación moral y la sensibilidad; una referencia a la educación por el esfuerzo; en tercer lugar, rectificar la “formación espiritual” de los maestros, destacando las aptitudes de estos hacía en el acto de enseñar y no solo sus conocimientos; en último lugar, fortalecer la formación patriótica bajo el precepto de la unidad nacional. Si bien en la expresión de Williman su reforma retoma los viejos preceptos varelianos, consideró que “el fin de la educación no es que todos sean iguales, porque eso es antinatural” sino que el fin sería “proporcionar una preparación básica para que el éxito en la vida dependiera sólo de las condiciones personales”. Afirmó, asimismo, que era necesario igualar las condiciones de lucha, “respetando luego el éxito de los mejores” (Ruiz, 1990: p.203).

Según Ruiz (1990: p.204) esto revelaba una concepción liberal-conservadora de la educación que bregaba por una cultura mínima para todos pero que a su vez debía aceptar una estructura “donde cada cosa y cada persona tenían su lugar”.

En este sentido, la perspectiva de la gestión de Williman se centró en orientar la educación hacia el objetivo de encauzar a cada quien según el lugar que debía tener en la estructura social. En sus palabras, el rol de la escuela era preparar ciudadanos para respetar los valores republicano-democráticos, así como tornarlos “aptos para combatir la anarquía, la dictadura y la democracia mal entendida”. A decir de Ruiz (1990: p.206) la democracia para Williman implicaba “un temor explícito de las clases conservadoras, especialmente de sus sectores más reaccionarios, a la 'rebelión de las masas', y “el cuestionamiento que éstas pudieran hacer del orden socioeconómico”.

Las ideas de Williman provenían de la reforma educativa impulsada

por el gobierno italiano en 1923², a comienzos del régimen fascista, aquel que rindió un culto a la patria, la orden y al trabajo y el combate al comunismo. Con estas premisas emprendió, desde 1933, la gestión de la enseñanza primaria. Los primeros cambios estaban encaminados a desarrollar el patriotismo y el sentimiento de nación concebido de forma opuesta al que se había desarrollado durante el batllismo³. En ese sentido, la nación estaba centrada en la idea de unidad nacional y se apeló para su afianzamiento mediante el culto a los símbolos patrios y a la represión de aquellos maestros que realizaban propaganda antireformista (RUIZ, 1990).

Formas de detección de la infancia desviada

Para Vomero, la clínica psiquiátrica infantil de la primera mitad del siglo XX se dividía principalmente en dos sujetos sobre los que colocó su atención: el débil mental y el niño díscolo. El primero, refiere a aquellos niños con problemas de aprendizaje, asociados estos a la debilidad mental. El segundo grupo, mencionado al comienzo del capítulo, fueron los menores socialmente problemáticos que vistos bajo la mirada de futuro, cuestionaban su inserción como adultos productivos en el país.

En Uruguay, los primeros fueron definidos como poblaciones “inferiores, débiles, deformes intelectuales, que con su anomalía misma se transformaban en una amenaza constante sobre el conjunto del orden social, sobre la población general, razón por la cual la psiquiatría debía ocuparse de ellos, clasificarlos, identificarlos y ordenar su estar en el mundo” (VOMERO, 2013).

De acuerdo con Foucault (2012), la noción de debilidad permitió la extensión del saber psiquiátrico hacia la infancia, pues es allí donde se manifiestan los primeros signos de anormalidad y se ensayan formas de intervención para encauzarla, tanto en el sujeto mismo como en el ambiente familiar. Entre los fundamentos de la medicalización de la debilidad mental, también se observa en este período la impronta preventiva, en el sentido de encontrar en la infancia signos y síntomas capaces de preanunciar problemas futuros tales como la locura o el crimen (ORTEGA, BELTRÁN, 2017).

Avanzaremos en las páginas que siguen en la caracterización que la psiquiatría realizó sobre de la infancia socialmente problemática.

² Impulsada por Giovanni Gentile, Lombardo Radice y Condignola.

³ “Barrán y Nahum han demostrado que el batllismo elaboró, entre 1905 y 1916 un nuevo concepto de nacionalidad, opuesto al heredado del siglo XIX” y que básicamente consistía en la idea de patria superaba el lugar donde se nace sino la humanidad entera (RUIZ, 1990: 211).

La psiquiatría nacional: características y modelos etiológicos

Como fuera arriba mencionado, la psiquiatría en Uruguay se caracterizaba por reunir, de forma ecléctica, perspectivas biologicistas con otras vinculadas a la psiquiatría francesa, la teoría de la degeneración y el psicoanálisis incipiente a partir de la segunda década del siglo XX (CASSAROTTI, 2007; VOMERO, 2009; BELTRÁN; ORTEGA, 2019; DUFFAU, 2019). En este último sentido, el estudio de las conductas y las inclinaciones del sujeto, las emociones y las pasiones fue foco de preocupación por parte de los psiquiatras, nutridos conceptualmente del psicoanálisis de la época. Esto permitió, incorporar a su espacio de intervención, el estudio individualizado de las tendencias del sujeto considerando su entorno familiar y social, las formas de crianza, la moralidad y los hábitos, pese a que estas dimensiones ya estaban presentes en la clínica psiquiátrica desde sus orígenes (BIELLI, 2012; FERREIRA, 2020).

Por otro lado, y como fuera expresado en páginas precedentes, la higiene mental se concentraba en la detección de rasgos patológicos en todas las etapas de la vida, pero principalmente en la infancia y la adolescencia, en la medida en que permitía prevenir y corregir aquellas personalidades que presentan rasgos de desviación.

En las fuentes documentales de época, uno de los elementos centrales es el estudio de la conducta. La conducta es, para Sicco, “la manera o el modo de conducirse o comportarse. Es la manera de proceder frente a los demás”. Agrega que “este modo especial de conducirse crea una forma especial de conducta”. La conducta se presenta como el nexo entre el individuo y la sociedad y el desarrollar determinada conducta configura “el modo como el individuo se adapta a la vida social” (SICCO, 1947: p.4). La conducta se configuraría con un factor individual y uno psicosocial. El primero de ellos está conformado por las tendencias, los deseos, los deberes morales, la decisión de la voluntad, la deliberación. El segundo factor está integrado por el medio físico, lo biológico y lo psicológico y cómo estos obran sobre el individuo “y lo obliga a reaccionar contras estas incitaciones” (SICCO, 1947: p. 5).

Del producto de estas interacciones surgen dos posibilidades, la adaptación o la inadaptación. La primera se expresa “por la correspondencia entre la conducta del individuo y la de la comunidad, mientras que la segunda “se manifiesta por la anormalidad de la conducta” (SICCO, 1947: p. 6). El médico asume que hay cierta variabilidad en las conductas, en un rango de leves a graves, esporádicas o pasajeras vinculadas a determinadas situaciones, pero reconoce que otras “son la expresión de anomalías temperamentales o

caracterológicas (personalidades psicopáticas) o de verdaderas enfermedades psíquicas” (SICCO, 1947: p. 7).

En 1949, el médico Fortunato Ramírez publicó un artículo acerca de las anomalías de la conducta infantil⁴. En él, reconoce que hay variaciones en la conducta dentro de un rango que considera normal, y que son variables que dependen del contexto (Ramírez, 1949). La conducta implica actos con sentido y estos están “dirigidos por su constitución psicofísica y sus experiencias psíquicas del pasado”, revelando una síntesis entre lo heredado y lo adquirido.

Para poder detectar estas variaciones y establecer cuáles son normales y cuáles no, plantea la necesidad de un estudio integral de la conducta infantil realizando “un inventario todo lo más completo posible de los mismos desórdenes” (RAMÍREZ, 1949: p. 34).

El estudio de cada niño implicaría, principalmente, los antecedentes personales y familiares, la afectividad y el temperamento, el carácter y humor, la actividad general, la evolución sexual, la instrucción y el examen físico. El médico sugiere que para cada escolar se realice una ficha médica y una endocrinológica, un examen mental e intelectual y un informe social.

Ramírez se muestra abierto a incorporar la psicología al estudio de la conducta infantil: “La investigación psicológica debe estar dirigida hacia el conocimiento del temperamento, del carácter, de la personalidad total” (1949: p.35). Como en otras concepciones de la conducta mencionadas en párrafos anteriores, parece primar un criterio ecléctico para entender la conducta infantil.⁵ Para el estudio de las anomalías, el médico tiene en cuenta la edad; los factores somáticos, cognitivos, emocionales, sexuales y constitucionales, además de factores ambientales tales como los relativos al hogar, al vecindario y a la escuela.

Un caso referenciado por el médico a modo de ejemplo remite a un niño “indisciplinado con ideas homicidas”. Para estudiar su caso, se elaboró un amplio diagnóstico que incluyó una ficha médica, una endocrinológica, un examen del nivel intelectual y un espacio destinado a la “información social”. En la caracterización del niño, se repasan elementos tales como los antecedentes familiares (mencionan el alcoholismo, por ejemplo), la sexualidad, junto con una indagación sobre las pautas de conducta instaladas en el hogar, en el espacio escolar y en el social. La biografía de este niño es descrita minuciosamente, apelando a hitos que en su historia vital marcaron su temperamento

⁴ El artículo de Ramírez (1949) refiere a su trabajo en una policlínica de la Obra Morquio y a partir del trabajo integrado con dos psiquiatras, un neurólogo, un pediatra, un endocrinólogo, dos psicotécnicos y una visitadora social.

⁵ El autor cita a Freud, Stekel, Kunkel, Horney, Meyer, L. Kanner, Ruhle. Hamburger, Von Karman, Anderson, Reca, Decroly, Descoedres, Lafora, Diez Abella (RAMÍREZ, 1949: p.36).

indisciplinado. Respecto a la madre, se menciona, por ejemplo: “Es una mujer algo voluble, de fondo ansiosa, pero buena ama de casa, atiende bien a sus hijos” (RAMÍREZ, 1949, p.42). También hay una referencia al “ambiente” que caracterizan como un “barrio de personas muy modestas, de vida algo irregular, con vicio de alcohol frecuente [conformado por] gente sucia” ((RAMÍREZ, 1949, p.44). En este caso la terapéutica, fue el abordaje psicológico en consultorio, así como la orientación de los padres sobre pautas de crianza para encaminar ese tipo de conducta “anómala”.

El psiquiatra Ventura Darder, a pedido de una Escuela de Educación profesional en 1927, sugiere la realización de una ficha médica y psicológica a efectos de registrar antecedentes del niño al ingreso a la Escuela. La ficha médica estaría compuesta por tres componentes: la ficha neurológica, la somática y la psicológica.

La primera estaría integrada por los datos hereditarios del niño registrando los “episodios patológicos de la primera infancia”. Estos datos “deben ser suministrados por el establecimiento que se ha ocupado de su crianza o en su defecto por los padres del niño” (DARDER, 1927a: p.45). Estos episodios incluyen posibles enfermedades sufridas por el niño que el médico entienda pueden ser consideradas a la hora de evaluar el futuro del menor. Sugiere que este tipo de registros “comenzara en el asilo o en la escuela maternal” y debía ser realizada “por los encargados de educarlos y cuidarlos” (DARDER, 1927a: p. 46).

La ficha somática debe ser “clara y sintéticamente y que todo el arte del médico se ejercite en despistar las enfermedades bien compensadas, latentes, a menudo ignoradas por el enfermo y ‘entourage’” (DARDER, 1927a: 47).

Finalmente, la ficha psicológica debía ser elaborada con el fin de evaluar la capacidad intelectual del niño “para indicarle una ruta a seguir cuando abandone la escuela”. Este instrumento, según es especialista, será una forma de homogeneizar para guiar, estando “convencido de que este modo disminuirá el número de los fracasados por inadaptación” (DARDER, 1927a: p.48).

La ficha psicológica debe incluir: i) el examen de inteligencia, que será evaluado a través de diversos test; 2) la evaluación de su “capacidad de adaptación social” y iii) el examen afectivo del niño. Lo afectivo, según el autor, incluye el conjunto de las inclinaciones, de los apetitos, de las necesidades” (DARDER, 1927b: p.120). El estudio incluye la detección de todas las tendencias del niño que emergen a partir de su conducta, tales como las “egocéntricas”, las “defensivas”, las “éticas y las sociales”, “el amor propio” y “el sentido moral” (DARDER, 1927b: p.120). Considera que lo más conveniente es “observar su vida [...] estudiando su comportamiento con los padres, con los hermanos, con los compañeros, con los animales y los objetos que lo rodean, que uno podrá conocer sus predisposiciones más íntimas” (DARDER, 1927b: p.121).

Del estudio de las tendencias que surgen a partir de las fichas, podría emerger una clasificación de los “tipos principales”. Al decir del psiquiatra serían los siguientes: los inestables; los retraídos; los paranoicos; los emotivos; los mitómanos; los perversos; y los pervertidos sexuales.

Los primeros se caracterizan porque “no pueden quedarse quietos, se mueven en su asiento, incomodan a sus compañeros, se levantan, están continuamente en actividad (son) niños llamados nerviosos por los padres e indisciplinados por los maestros” (DARDER, 1927b: p.121). En su juventud, estas tendencias se agudizan aún más y resultan personas “inconsecuentes e inconstantes”.

Los retraídos serían su par opuesto, son “silenciosos, retraídos [...] desinteresados del mundo exterior para vivir una vida interior puramente imaginativa”. En la pubertad la adaptación al medio es compleja y en general, afirma el médico, nunca triunfan ampliamente en oficios o carreras prácticas.

Los paranoicos se caracterizan por ser “pedantes, orgullosos, pero siendo su orgullo netamente patológico [...] y su personalidad debe ser considerada como mórbida [...] en otros predomina la desconfianza y son celosos” (DARDER, 1927b: p.122). En su juventud, en general se consideran incomprendidos o perjudicados y no lo logran sostener una estabilidad laboral.

A su vez, los catalogados como “emotivos”, “se nos presentan como tímidos, impresionables, sensitivos, emotivos al extremo” (DARDER, 1927b: p.122).

Los siguientes tipos, los *mitómanos* y *perversos*, son los tipos más asociados a la peligrosidad, destacados por su “inafectividad”, “inadaptabilidad” e “impulsividad”. Los pervertidos “manifiestan conductas desviadas” asociadas a la exacerbación de lo sexual, como por ejemplo “la masturbación y el autoerotismo”. Estos dos últimos casos no revisten interés para el psiquiatra, pues se entiende que no son recuperables siendo más conveniente “estar en guardia contra ellos” (DARDER, 1927b: p.123).

Por su parte, para el médico Carrere (1927: p. 36), preocupado especialmente por la delincuencia infantil y las formas de detectar la peligrosidad, el diagnóstico de estos menores incluía el estudio de antecedentes familiares desde padres y hermanos hasta primos con el objetivo de detectar “todo lo que haya de hereditario y degenerativo”. El estudio de estos antecedentes incluía saber si hubo en el hogar “alcoholismo, sífilis, enfermos mentales, epilepsia, prostitutas, suicidas, etc.

Asimismo, “será investigado lo mismo que el ambiente económico del hogar, el ambiente de afectos en que ha vivido y su moralidad” (1927: p.36). Se realizará un estudio pormenorizado de su psiquismo, lo que incluye el estudio de “su carácter, su grado de inteligencia, sus gustos, sus sentimientos afectuosos, sus instintos [...] sus facultades ideativas y perceptivas, el estudio

de sus impulsiones, de su actividad y sociabilidad, de su conciencia y personalidad, de su afectividad” (CARRERE, 1927: p. 37).

La clínica de la conducta

En 1946, el médico Chans Caviglia publica un artículo acerca de las funciones de la *Clínica de la conducta*. Este fue un servicio dependiente del Servicio de Sanidad Escolar y que tuvo como objetivo atender “a los niños escolares que presentan como síntomas aparentes trastornos de la conducta, irregularidades del carácter, desadaptación o falta de orientación” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.13). Por ese entonces, el servicio estaba integrado por un médico, una psicóloga y dos visitadoras sociales⁶.

En la clínica, el niño es concebido como “un ser en estado de desarrollo incompleto”. Como en otros documentos, se afirma que la personalidad del niño es de conformación multifactorial, entre los que se destacan el tipo constitucional, el temperamento, la capacidad, las disposiciones, la afectividad y la moralidad” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.13).

El objetivo de la clínica era realizar un diagnóstico de la conducta infantil contemplando elementos biológicos y psicológicos, así como el medio ambiente social y familiar. Ese diagnóstico tendrá como fin arribar a “una orientación y terapéutica médica, psicológica, pedagógica, profesional y social adecuadas: “obtener una buena integración de la personalidad y la correspondiente integración de esta personalidad dentro del ambiente social constituyen los fines de un servicio especializado de esta naturaleza y contribuye a lograr una perfecta adaptación” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.13).

Según el médico, el servicio de Sanidad escolar completaría el examen clínico, así como el laboratorio de Psicología realizaría los estudios pertinentes sobre el nivel mental, aptitudes, afectividad y carácter. En ambos espacios

se observa al menor en función del ambiente social en su totalidad, se solicita información detallada a las escuelas sobre escolaridad y reacciones del niño, y a su vez se aconseja, orienta, y trata y se sigue directamente en la clínica actuando sobre el niño y familiares o por medio de la Visitadora en la Escuela y en el hogar” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.13).

Del estudio de otros factores que intervienen en la conducta infantil, se destaca la composición del hogar, la situación económica y la escolaridad de los padres. Caviglia destaca “la frecuencia de problemas de educación familiar, ya sea los relativos a la propia educación de los padres (morales y

⁶ María Ester Rodríguez Pazos, Olga B. de Pesce y Ernesta Martíne, respectivamente.

culturales) o los motivados por la ignorancia sobre la manera de conducir al niño, educación equivocada, insuficiente o incompreensión” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.15).

Los motivos de envío de niños “problemáticos” hacia la clínica fueron “la turbulencia escolar”, “la agresividad hacia otros niños”, la “falta de atención”, “desinterés escolar”, “rabonas”, “hurto en la escuela”, “fabulación” y “falta de rendimiento escolar” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.4).

Se expresan en el artículo algunos casos que, por su significación, merecen ser mencionados a modo de ejemplo. Uno de ellos refiere a un niño de 9 años con mala conducta. Expresa que el niño tiene buen rendimiento escolar, pero presenta conductas moralmente desviadas: “en la escuela se apodera de los útiles de otros niños. Frecuenta la calle, es dominador e influye como cabecilla sobre los compañeros y cuando no le hacen el gusto los castiga” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.6).

Otro de los casos a mencionar refiere a un niño de 11 años que demostraba “reacciones perversas en la casa: desarma, descompone y destroza, siendo dañino con los animales; en la escuela empuja a los demás niños, les tira del pelo, es conversador y desatento” Preocupaba, en este caso en particular, la falta de comprensión de los padres del “retraimiento social del niño que permanece en la casa aislado, sin deseos ni aspiraciones, mentando en forma remota alguna vocación” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.21).

Un tercer ejemplo refiere a una niña de 7 años que fuera enviada por su carácter inestable, caracterizado por su “inquietud, hiperemotividad y trastornos del comportamiento” especialmente porque la niña al salir de la escuela deambulaba en la vía pública “con rumbo desconocido”. Según se informa en el artículo, luego de una intervención familiar “se ha impedido que progresaran disposiciones psicológicas perjudiciales que estaban en marcha favorecidas por el ambiente y ha conjugado un estado de peligro moral que se había vuelto alarmante” (CHANS CAVIGLIA, p.1946: 23).

Antonio Sicco y las personalidades psicopáticas

Hacia mediados del siglo XX, comienza a desarrollarse la descripción de la personalidad psicopática. Antonio Sicco, a quien ya se hizo referencia, dedicó un capítulo de libro a la descripción de la personalidad del niño psicopático. Expresa así su idea fundacional:

“La mayoría de las genuinas personalidades psicopáticas se revela precozmente y, por lo general, comienzan en la infancia, pero en esta faz inicial ellas se presentan en forma embrionaria y dentro de los moldes de la psicología infantil”. La etiología de la personalidad infantil, según este médico,

es igual a la de los adultos: “la herencia psicopática, la alcohólica, la sifilítica, las enfermedades y el ambiente pernicioso” (SICCO, 1948: p.238).

El ambiente social también forma parte de la explicación de la conducta criminal. A decir del psiquiatra: “Numerosas estadísticas han demostrado que la infancia psicopática se cultiva en los medios pobres o míseros, en familias irregulares, bajo la influencia de padres inmorales o viciosos y mediante la corrupción adquirida en la vida callejera”. Citando a Freud y a Adler, adhiere a la importancia de las experiencias afectivas en la infancia: “El niño sufre por su situación mortificante o humillante y reacciona contra ella por la indisciplina y la rebeldía. El acto delictuoso es en estos casos la expresión de su protesta o de su revuelta” (SICCO, 1948: 239).

El diagnóstico era para este psiquiatra, un elemento central para la detección de este tipo de conductas en la infancia. El psiquiatra expresa algunas características que debe contener ese diagnóstico: las primeras se relacionan con los “simples trastornos de la conducta” que obedecen “a perniciosas influencias ambientales”. En este espectro de conductas ubica a la desobediencia, la haraganería “consecuencias de una educación deficiente que no se ha preocupado de inculcar al niño el hábito de la higiene, del orden, de la obediencia, del trabajo, o ejemplos y enseñanzas perjudiciales” (SICCO, 1948: p.240).

Otro conjunto de características que deben ser observadas tiene relación con diagnósticos de oligofrenia, con las psicosis (manía y melancolía) y las neurosis (histeria).

Sicco (1948: p. 242) utiliza la clasificación de Binet y Simon de “Les enfants anormaux” de 1907 y clasifica a los niños en tres categorías: i) retardados, ii) inestables y iii) mixtos. El foco estará colocado en aquellos niños inestables. Se caracterizan por “tener el cuerpo siempre en movimiento, el carácter irritable y ser refractarios a la disciplina ordinaria”. Afirma también que, siguiendo una clasificación más afinada, se pueden encontrar dentro de éste, otros tres grupos: i) los inestables (hipertímicos), ii) los coléticos e impulsivos y iii) los perversos.

Respecto del primer grupo se destaca, como se dijo anteriormente, por su inquietud y falta de disciplina: “La inestabilidad se revela temprano, alcanza su máxima durante la segunda infancia y comienza a declinar en la tercera. En la adolescencia la conducta suele agravarse llegando a veces a la delincuencia”. Citando a Kraepelin, asocia “la inestabilidad infantil con la inconstancia y la volubilidad del adulto” y que en algunos casos se trata de niños “verdaderamente difíciles porque además de barullentos y revoltosos son rebeldes, violentos y agresivos” (SICCO, 1948: p. 244).

Respecto del segundo grupo, se caracterizan porque “su disposición reactiva es polivalente y el niño irascible es a la vez irritable, violento, explosivo y impulsivo [sic]” (SICCO, 1948: p.245)

Respecto de los niños perversos, son caracterizados como insensibles y malignos: ‘El perverso típico es frío, sereno y calculador, pero la perversidad y la inestabilidad pueden asociarse en el hipertímico cruel y malvado de elevado potencial delictuoso’ (SICCO, 1948: p.245).

Corregir y encauzar a la infancia inadaptada

Como fue expresado en páginas precedentes, la psiquiatría se preocupó de encontrar aquellas conductas infantiles que expresaban signos de inadaptación principalmente en el espacio educativo. De las clasificaciones establecidas, el sujeto sobre el cual se centra la atención es aquel que es posible corregir y encauzar, aquel que aunque presentando incorrecciones menores que perturbaran el espacio educativo o familiar, es posible de reeducar. La escuela se presentó como el espacio privilegiado para establecer las medidas correctivas para este tipo de niños, para volverlo dócil e inculcarle la adaptación a mecanismos de regularidad y principalmente a que entienda el sometimiento a la voluntad de otro, sustituyendo, en cada uno, egoísmo por altruismo (VOMERO, 2014b).

En la Clínica de la conducta antes mencionada (1946: p.16), las medidas adoptadas fueron “sobre el niño y la familia” y se realizó una “intensa orientación y educación familiar” para que los padres sepan “guiarse a sí mismos y guiar a los hijos”. La asistencia realizada en este espacio incluyó mayoritariamente la orientación educativa, social y psicológica, las medidas psicoterápicas [sic], higiénicas, dietéticas y médicas”.

El tratamiento de esos niños en reformatorios parece ser otra de las soluciones planteadas, tal como ya venía siendo implementada en la primera década del siglo XX a través, por ejemplo, del Reformatorio Educacional de Varones en Suárez creado en 1912 (ALVÁREZ, 2017).

Carrere (1927: p. 36), psiquiatra referenciado en páginas anteriores, sugiere que en este tipo de instituciones hay dos tipos de menores: los que “son sanos mentales y los que son enfermos de su sistema nervioso, con fallas morales características de la hiper o hipostenia mental”. Para el médico, los sanos mentales no abundan en estos establecimientos, sino todo lo contrario, está poblado de “menores insoportables por su agitación, los indisciplinados de todo tiempo y aquellos que por sus hábitos de haraganería y por su inercia mental y moral, no se interesan por nada, perdidos en la luna de sus sueños”.

Considera que es el psiquiatra quien debe detectarlos y establecer las medidas necesarias para encauzar su conducta. Posterior al ingreso al establecimiento, deberían pasar por un régimen de observación, en donde “se estudiaría sus inclinaciones, sus gustos, las modalidades de su psiquismo y su vocación al trabajo”. Para aquellos menores que pasados por esta etapa no logren convivir con otros, “por su inmoralidad, por su indisciplina y por su mal ejemplo permanente” serán confinados en “el pabellón de los indisciplinados para su corrección y reforma” (CARRERE,1927: p.36). El psiquiatra prevé un seguimiento personalizado de cada uno de los menores, en función de las características personales y la conducta que presenten se determinarán las medidas a adoptar en cada caso.

Consideraciones finales

En este capítulo se han expuesto las condiciones que coadyuvaron a la intervención de la psiquiatría en el tratamiento de la infancia desviada, destacando, por un lado, las causas que la especialidad atribuyó a ese tipo de conductas, las formas de detección de ellas y por otro, las principales medidas adoptadas al respecto.

Al respecto del primer punto, se puede afirmar que el contexto social contribuyó a que la infancia fuera objeto de diversas intervenciones, tanto las asociadas a la protección como las que buscaron controlar a los niños que presentaban conductas desviadas, asociadas en su gran mayoría a la peligrosidad. La psiquiatría fue una de las profesiones depositarias de categorizar y detectar este tipo de comportamientos, bajo la aplicación de diversos test o cuestionarios que buscaban conductas desviadas o anormales con parámetros pre-establecidos. La psiquiatría en ese periodo se presentaba como un disciplina plural y ecléctica y apeló al saber psicológico para establecer parámetros clasificatorios.

En ese sentido, el estudio de la conducta y personalidad del sujeto, sus tendencias e inclinaciones, fueron piezas claves por medio de las cuales la psiquiatría pudo ampliar su intervención hacia el espacio escolar, estableciendo una alianza estratégica con el cuerpo docente, quien brindó la información necesaria para abrir paso a la intervención de los psiquiatras.

Considerando la familia como la base de socialización de los niños, encargada de la incorporación de pautas morales de convivencia y de la buena educación en la infancia, las medidas que se adoptaron fueron la intervención en el espacio familiar (a través de psicólogas y visitadoras sociales) encargadas de dotar de pautas de crianza a los padres.

REFERENCIAS

ÁLVAREZ, Facundo. A la búsqueda de un lugar para los menores infractores. La creación de la Colonia Educacional de Varones en Uruguay (1912-1925) en **Revista Claves**. Revista de Historia, Vol. 3, N.º 4 Montevideo, Enero-Junio: 2017 (pp. 191-218).

BARRÁN, José Pedro. **El manicomio y la razón médica en el novecientos**. Gaceta Universitaria, 6(1), 71-77, 1992.

BARRÁN, José Pedro. **Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres**. Montevideo: Banda Oriental, 1993

BELTRÁN, María José. La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930-1950). **Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad**, 8(2), 29-49, 2018.

BELTRÁN, María José; ORTEGA, Elizabeth La intervención de la psiquiatría en la invención del sujeto peligroso (1930 – 1945). **Fórum Lingüístico**. v.16, n°3, p. 3936 – 3952, 2019. Disponible en <https://doi.org/10.5007/1984-8412.2019v16n3p3926>

BIELLI, Andrea. **La introducción de los antidepresivos en Uruguay: (1950-2000): transformaciones de los saberes psicológicos**. Montevideo: CSIC – UDELAR, 2012.

CAETANO, Gerardo; JACOB, Raúl. **El nacimiento del Terrismo. El golpe de Estado**. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1991.

CAPONI, Sandra. Vigiar e medicar – O DSM-5 e os transtornos ubuescos na infância. In: En CAPONI, Sandra y VÁSQUEZ VALENCIA, Fernanda. **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. São Paulo: LiberArs, 2016.

CARRERE, Julio. Los médicos psiquiatras y la delincuencia infantil. **Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal**, 1(2): 1927.

CASSAROTI, Humberto. Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. **Revista de psiquiatría del Uruguay**. Vol. 71, Núm. 2, diciembre 2007. pp. 153 – 163.

CHANS CAVIGLIA, Juan Carlos. Funciones de la clínica de la conducta. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 11(63), 13-24, 1946.

DARDER, Ventura. Ficha médico-psicológica de los alumnos de la Colonia. **Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal**, 1(2), 1927a.

DARDER, Ventura. Ficha médico-psicológica de los alumnos de la Colonia. **Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal**, 1(4), 1927b.

DUFFAU, Nicolás. La increíble y triste historia de la mujer-perro y su madre desalmada. Enfermedad psiquiátrica y crónica roja en los orígenes de la noción de “estado peligroso” Ponencia presentada en las Jornadas de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 2013.

DUFFAU, Nicolás. **Historia de la locura en Uruguay (1860 – 1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental**. Montevideo: CSIC – UDELAR, 2019.

FERREIRA, Mauro. **Inscripción de las Ideas freudianas en el ámbito de la psiquiatría en Uruguay (1900-1940)**. Monografía final de grado. Facultad de Psicología, UDELAR. Montevideo, 2020.

FOUCAULT, Michel. **Los anormales**. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

LEOPOLD, Sandra. **Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y crítica**. Montevideo: CSIC, 2014.

MÍGUEZ, María Noel (2012). **Niñez psiquiatrizada. Invisibilizando una realidad compleja**. Ciudad de México: Versión Nueva Época, Vol. 29, pp. 1-24, 2012.

MITJAVILA, Myriam. Sobre la medicalización de la infancia socialmente problemática: objetos y trayectorias de la psiquiatría. **Política & Sociedade** - Florianópolis - Vol. 19 - Nº 46 - Set./Dez. de 2020, p. 95-114.

RUIZ, Esther. Escuela y dictadura. La enseñanza primaria durante el terrismo. 1933 – 1938 In: Cures, Oribe.; Da Cunha, Nelly. y Porrini, Rodolfo. **Desde abajo. Sectores populares en los años treinta**. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1998.

VÁSQUEZ VALENCIA, María Fernanda. A personalidade doente: higiene mental e medicalização da infância. En CAPONI, Sandra y VÁSQUEZ VALENCIA, Fernanda. **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. São Paulo: LiberArs, 2016.

VOMERO, Fabricio. La psiquiatrización de la infancia en el Uruguay. Parte I: Bernardo Etchepare y el nacimiento de los débiles mentales. Montevideo: **Articulando**. (2014a) Recuperado de <http://articulando.com.uy/la-psiquiatrizacion-de-lainfancia-parte-i>

VOMERO, Fabricio. La psiquiatrización de la infancia en el Uruguay. Parte I: Bernardo Etchepare y el nacimiento de los débiles mentales. Montevideo: **Articulando**, (2014b). Recuperado de <http://articulando.com.uy/la-psiquiatrizacion-de-lainfancia-parte-i>

VOMERO, Fabricio. ¿Qué significa clasificar en psiquiatría? Montevideo: **Articulando**, Recuperado de www.articulando.com.uy/clasificar-psiquiatria, 2016.

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**. Tesis de Maestría, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo: 2009.

A INFÂNCIA E A MEDICINA LEGAL: CONSTRUÇÃO SOCIAL DO MENOR

Arthur Ramos Gonzaga

Introdução

Não à toa um jovem ou adolescente, o “menor”, ao ser abordado pela vigilância da força policial na periferia, afirma de imediato que é trabalhador ou estudante. Carregar e provar com uma carteira de trabalho assinada ou uma mochila cheia de cadernos que ele se enquadra em determinado grupo regular de existência remete à observância de normas e valores que lhe garantem algum direito ou lhe atribuem uma gradação representativa sobre a sua periculosidade. Critérios esses, formais e informais, profundamente enraizados em edifícios de saberes e operados por dispositivos de vigilância e exame que calculam o seu risco e atuam sobre sua circulação. Entender-se sujeito de direito significa não apenas submeter-se às estratégias e instituições regulares normalizadoras, mas, entender-se regular, normal, trabalhador ou estudante para que sua condição não represente um perigo.

Ao defender-se, arguindo ser trabalhador ou estudante, da intervenção do exame e vigilância do dispositivo de segurança que atua sobre o *elemento suspeito*, o jovem não está apenas invocando para si um discurso de inocência frente a discricionariedade policial, não está apenas demonstrando que não é um criminoso por possuir trabalho ou estudar regularmente, por ser normal, mas também, está anuindo que se encontra subordinado e subjetivado perante o sistema social que lhe incide, que aceita a sua condição e as suas perspectivas, que entende a normalidade e que se submete a ela. Uma subjetivação coercitiva onde o sujeito se subjetiva sob violência ao lugar e condição que lhe produzem.

Esse processo complexo que se realiza em poucos minutos sob a mira do fuzil resulta não apenas em altos índices de encarceração, mas produz, no Brasil, uma das polícias com as atuações mais letais do mundo¹, e onde o número de baixas “civis” se torna ainda mais notável com a fatalidade de crianças e inocentes em suas próprias casas, no campo, nas periferias e favelas em todo o país.

Caminhar pelo território das políticas públicas destinadas às parcelas populacionais portadoras dos estigmas que representam um risco significa não apenas averiguar o resultado prático dessas políticas, a construção histórica desse quadro sistêmico ou mesmo, a validade jurídico formal do seu emprego, via de regra parece fundamental não tomar o seu conteúdo como fim e sim como meio. Evitar a naturalização da sua premência e a legitimação de sustentáculos perniciosos, como a homogeneização estatística, o racismo institucional ou discursos e saberes biopolíticos² significa entender a forma como sustentamos nossa concepção de subjetivação dos indivíduos dignos de direitos ou daqueles marginalizados

Higienismo, Eugenia e Medicina Legal

A escritora baiana Anna Ribeiro de Goês Bittencourt³, ao visitar a capital da Bahia em meados do século passado, registrou sua decepção “*à vista de casas enegrecidas, ruas tortuosas frequentadas por moleques esfarrapados e sujos, negros maltrapilhos, enfim, gente da ínfima plebe*” (BITTENCOURT, In: MARRECO, 2012). Crianças trabalhadoras, pobres e mendigas perambulavam e, muitas vezes, habitavam com suas famílias as ruas, pátios das igrejas e praças, praias, jardins e espaços públicos das cidades. Em Salvador, essas crianças, denominadas pelas autoridades por diversos epítetos pejorativos como “vadios, moleques, mendigos”, serão os alvos das políticas públicas, policiais e jurídicas, no decorrer do século XIX (FRAGA FILHO, 1995).

¹ Dado produzido pela Anistia Internacional em 2015. Disponível em <https://exame.com/brasil/policia-brasileira-e-a-que-mais-mata-no-mundo-diz-relatorio/>

² Biopolítica é o termo utilizado por Foucault para designar a forma na qual o poder atua sobre a população. A biopolítica é a prática de biopoderes locais. Na biopolítica, a população é tanto alvo como instrumento em uma relação de poder. “*Os instrumentos que o governo se dará para obter esses fins [atendimento as necessidades e desejos da população] que são, de algum modo, imanentes ao campo da população, serão essencialmente sobre a população em que ele age.*” (Foucault, Vigiar e Punir, 1978). O poder articulado “cientificamente” é utilizado pela ênfase na proteção de vida, na regulação do corpo, na produção de dispositivos de segurança. A emergência da biopolítica se dá a partir da prática de uma governamentalidade.

³ Anna Ribeiro de Goês Bittencourt foi reconhecida escritora baiana, em uma época de domínio absoluto dos homens na literatura cânone. Tida como a primeira ficcionista e romancista baiana. Para mais, ver MARRECO, Maria Inês. Anna Ribeiro de Goês Bittencourt: a atuação marcante de uma escritora oitocentista. Disponível em: http://www.fg2013.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1371390097_ARQUIVO_ANNARIBEIRODEGOESBITTENCOUR1.pdf

Na cidade do Rio de Janeiro, os Relatórios de Polícia e do Ministério da Justiça também associavam a presença das crianças nas ruas às imagens da sujeira, desordem, pobreza e viciosidade do espaço urbano. No final dos anos 1870, Tito Augusto de Mattos, Chefe da Polícia da Corte, denunciava:

É por demais notável o grande número de menores abandonados que, ou não tendo pais vivem sobre si... ou que os tendo, são abandonados como incorrigíveis pelos próprios progenitores... Esses menores, assim entregues à ociosidade e à vadiagem engrossam as maltas de capoeiras e são auxiliares dos ratoneiros que os aproveitam. Entre eles, avultam os de nacionalidade estrangeira..., ao passo que aparentam vender gazetas, engraxar sapatos ou tocar instrumentos de música, dão-se à prática de pequenos furtos, atos imorais.⁴

Recém proclamada a República do Brasil, antes mesmo de uma nova constituição, tamanha a sua urgência, sob governo do Generalíssimo Deodoro da Fonseca, foi decretado o Código Penal de 1890⁵. A inimputabilidade do menor de idade foi reduzida para os menores de nove anos de idade, a imputabilidade era possível condicionada à comprovação da capacidade de discernimento sobre a conduta criminosa da criança até seus 14 anos. A preocupação era evidente, a abolição formal da escravidão ainda era vista como um duro golpe à soberania nacional pelas elites agrárias, e os frutos dos ventres livres já se imiscuíam na paisagem urbana. A detenção dos pequenos indesejados deveria ser realizada nos assim denominados “estabelecimentos industriais”, conforme era o ímpeto republicano que clamava pela modernidade europeia industrializada. Tais estabelecimentos jamais foram criados, a sociedade brasileira não era industrial, era agrícola.

Das teorias evolucionistas de darwinismo social às higienistas formadas especialmente no último século pelos movimentos eugenistas e sanitaristas originados no seio das classes dominantes do final do século XIX e início do século XX no Brasil, as figuras estigmatizadas das crianças pretas, sem educação, doentes e incorrigíveis ecoavam, assim como hoje, pelas mídias populares sob as marcas do perigo que se encerram na população marginalizada.

Essas marcas são evidentes no cotidiano da sociedade brasileira e se revelam em torno das representatividades da periculosidade. Em volta ao perigo estão aqueles que não representam a categoria normalizada estabelecida na sociedade de consumo, são incapazes de exteriorizar os signos ou valores sociais padrões ou normais e, portanto, carregam em si a marca da periculosidade.

⁴ Relatórios do Ministério da Justiça e Relatório do Chefe de Polícia da Corte, 1870 a 1889, especialmente nos anos de 1877, 1878 e 1879.

⁵ BRASIL, Decreto 847 de de 11 de outubro de 1890.

O estigma da pobreza se encontra enraizado na consciência coletiva de tal modo que as sociedades e as cidades são moldadas para que possam desenvolver-se à margem dela. No Brasil, o signo do perigo na cidade se encerra no cortiço, na favela, e possui a pele negra, nesse corpo se traduz o risco, uma premência do perigo e da degeneração sustentada por séculos de racismo, abandono e violência institucional que os relegam a impossibilidade do normal. Reproduzem uma condenação genética inescapável e justificada por décadas e décadas nos saberes dominantes enraizados na elite governante e nas políticas públicas. Os saberes são os mais diversos, da pedagogia ao direito e a medicina, da eugenia à psiquiatria.

Foi na esteira das teorias evolucionistas e do positivismo que despertou o saber eugenista para a governança do *organismo social* e o seu *saneamento moral*. A medicina até os dias de hoje parece sempre ter oferecido a resposta para o saneamento das populações, mesmo que isso tenha implicado na legitimação de práticas racistas e no abandono perene das populações miseráveis. É no período da Primeira República que ecoa entre os brasileiros as soluções dos países *cultos e civilizados* do século XIX (HOLANDA, 1936). A publicação do artigo intitulado “Do conceito de eugenia no habitat brasileira” na revista *Brazil Medico*, em 1918, pelo médico Dr. João Henrique e lembrado por Lilia Schwarcz na sua obra *O espetáculo das raças*, assim define a eugenia:

Nova ciência a eugenia consiste no conhecer as causas explicativas da decadência ou levantamento das raças, visando a perfectibilidade da espécie humana, não so no que respeita o físico como o intelectual. Os métodos têm por objetivo o cruzamento dos sãos, procurando educar o instinto sexual. Impedir a reprodução dos defeituosos que transmitem taras aos descendentes (...) Nesses termos a eugenia não é outra cousa sinão o esforço para obter uma raça pura e forte. (sic) (SCHWARCZ, 1993: 231).

O que se denota do discurso são alguns aspectos importantes do cenário elitizado e acadêmico do período. Destarte as fortes influências darwinistas, o que se depreende de tais assunções é a noção que cabe a espécie regular a própria espécie, no sentido de propiciar a sua evolução, e para tanto requer a aniquilação dos caracteres instintivos e genéticos que degradam a condição dos espécimes viciosos.

Não é surpresa que essa postura evolucionista e utilitarista se encaixe perfeitamente no ânimo que procura construir uma nação e um futuro com base nos ideais civilizatórios europeus.

Na Europa o temor das massas se instalava diante as previsões de Malthus e Gustave Le Bon que em *Psychologie des foules* (1898) redefine a etiologia da degradação humana, enquanto no Brasil Nina Rodrigues, médico

atuante no saber psiquiátrico, funda a Escola Científica de Bahia (RIZZINI, 2001). O conhecimento disseminado reflete o importante impacto das teorias em voga: a construção do caráter humano é determinada por caracteres hereditários, tanto os físicos quanto os morais, e pela influência do meio sobre o indivíduo, ou seja, da sociedade.

Do discurso, uma importante questão se torna central, a sociedade também é responsável pelos seus indivíduos e deve agir para garantir o refinamento da espécie produzindo o meio propício para o seu desenvolvimento. Nesse cenário se produzem importantes reformas e políticas públicas que procuraram atender à demanda da *alta sociedade* por uma nação civilizada e a infância é um período particularmente importante (CORAZZA, 2000).

As influências europeias e norte americanas do movimento protestantista “*save the children*” entre 1830 e 1920 (PLATT, 1977, CUNNINGHAM, 1995) basearam as circulações do ideário patriótico de construção da nação e do futuro a partir da correção das causas da “degradação das sociedades modernas” (RIZZINI, 2001: 46).

O período deste movimento se caracterizou pela ação cívica filantrópica pressionando o Estado para que assumisse maior responsabilidade na criação de políticas destinadas à infância. A convicção de que os vícios e virtudes poderiam ser socialmente assimilados e que o progresso de uma nação era reflexo dos seus cidadãos, impulsionava a tomada de medidas. A civilizada e moderna era possuidora de cidadãos livres e patrióticos, e a atrasada eivada de um povo vicioso e degradado.

O primeiro alvo da etiologia dessa sociedade degradada é o ócio. Notório durante todo o período da universalização do discurso contra o “não trabalho”, Rizzini em sua obra *O Século Perdido*, relembra o magistrado português Antonio Luiz Gomes no tratado *Ociosidade, vagabundagem e mendicância*: “*O ócio é um signal pathognomico da delinquencia*” (*sic*) (GOMES, 1992: XIV, In: Rizzini, 2011: 54).

Nos arquivos judiciais brasileiros, a chegada de menores recolhidos enquanto “vadiavam” era uma constante diária segundo os registros das Secretárias de Polícias e Juizados das Freguesias do Rio de Janeiro na virada do século.

Naquilo que Rizzini chama de *etiologia da vagabundagem*, assim como o trabalho é um hábito adquirido, o ócio ou qualquer outro vício, é visto como um hábito ao qual qualquer um pode deixar-se corromper como foi observado por Gomes ao descrever a mendicância. Ao analisar *Os Miseráveis* de Victor Hugo, Gomes se refere a decadência discriminando os hábitos dos pobres:

nulos, vazios, parasitas, fumam, bocejam, cheiram tabaco, jogam bilhar; para ver descer as diligências os viajantes, passam a vida pelos cafés, jantam nas hospedarias, teem um cão que come os ossos debaixo da meia, e

uma amante que põe os pratos em cima; que exageram as modas, admiram a tragédia, olham para as mulheres com desprezo, rompem as botas velhas, rompem as botas velhas, copiam Londres através de Paris, e Paris através de Pont-à-Mousson, envelhecem patetas, não trabalham, nem servem para nada... Se fossem ricos, dir-se-hia: são elegantes; se fossem mais pobres, dir-se-hia: são vagabundo. Pois não são, nem mais nem menos que ociosos...(sic) (GOMES, In: Rizzini, 2011: 183)

É importante notar com que olhar as autoridades políticas e científicas debruçam-se sobre o problema da pobreza. Hugh Cunningham ao escrever sobre o estabelecimento da *English Philanthropic Society*, em 1788 que visava recolher crianças abandonadas e delinquentes demonstrou que a instituição entendia a indolência da criança como a raiz da ociosidade que por sua vez era “(...) *uma estrada que inexoravelmente conduzia a criminalidade*” (CUNNINGHAM, 1991:24).

Como ensina Himmelfarb, essa ética do trabalho emerge justamente no momento de conjuntura de uma responsabilidade social (HIMMELFARB, 1985). Não se pretende aprofundar as metamorfoses neoliberais e a disciplina do trabalho racional da autora, pois este trabalho se deterá a analisar como se dá a implementação dessas ideias no Brasil, mas, vê-se aqui os caracteres que cem anos mais tarde ainda irão considerar qualquer desvio de comportamento aquele que não empregado ao trabalho e a performance.

As categorias que podemos encontrar na literatura da época, especialmente em importantes romances como *O Cortiço* de Aluísio de Azevedo, nos revelam não apenas a realidade física e contextual da vida dos moradores de cortiços, mas, assim como na Inglaterra de Himmelfarb, as categorias morais destinadas ao gentio.

Os pobres eram elencados entre estágios opostos da escala da moralidade. De um lado pobres viciosos, degradados e incorrigíveis e do outro os pobres dignos. Não era por acaso, que a medida usada é o trabalho ou o ócio. O pobre trabalhador, que sobrevive e mantém unida a sua família mesmo com recursos mínimos se enquadram na categoria digna, são aqueles que Foucault irá chamar de docilizados ou disciplinados (FOUCAULT, 1982 e 1986).

Enquanto em estado de subsistência efetivo essa parcela não acarretava algum problema, mas devido a precariedade de sua situação estavam em constante ameaça e perigo, podendo qualquer adversidade desconstituir seu estado de subsistência em um de ociosidade e vício, que invariavelmente levaria a sua degradação moral e da sua família.

Nesse sentido se faz necessário a permanente vigilância sobre o hábito e caráter do indivíduo de modo que ele não se torne vulnerável aos vícios inerentes e comuns aos pobres, como o alcoolismo e a preguiça, ou para evitar

que se torne hospedeiro de doenças e epidemias como a sífilis e a tuberculose (RIZZINI, 2011: 60).

No que se refere à criança e ao jovem, os cuidados e remédios deveriam ser redobrados. Tanto no âmbito público quanto o privado, inúmeros programas são estabelecidos para combater e vigiar a educação dos filhos dos brasileiros. A escola perniciososa da rua era o ambiente onde nas crianças impregnavam-se de vícios da ociosidade e delinquência. Conselhos municipais formam-se nas cidades de maior densidade na virada do século, como a fundação do Patronato de Menores, do Rio de Janeiro em 1908 por iniciativa dos Juizes de Órfãos e apoio da elite.

A Criança Perigosa

Foucault ao estudar a noção de periculosidade, como resposta à necessidade de se entender de modo científico a causa dos desvios que resultam em crimes popularmente bárbaros, lembra que se trata de um saber médico, um saber psiquiátrico.

Da noção de racismo de estado construída por Michel Foucault, abordada em vários de seus cursos e ensaios, é possível depreender como se originaram e disseminaram os estigmas que hoje levam às instituições de cárcere brasileiras uma maioria quase plena de estigmatizados, portadores dos sintomas da pobreza e da cor.

Foucault falará de um poder de morte ou de estratégias que se validam num processo de regularização por exclusão. A aceitação dessas estratégias ocorre como resultado de uma partição, operada no campo do biológico pelo racismo. **O racismo deve entender-se em sentido amplo e não literal, não se limita à distinção de raças, sino que se refere a uma verdadeira hierarquização biológica pela qual se instalam vínculos de exclusão, de negação e até de aversão, entre grupos humanos**⁶ (grifo nosso)

O racismo para Foucault, não se reduz à significação etnológica que comumente se atribui ao termo, mas sim, diz respeito àquelas fissuras na espécie humana que hierarquizam sujeitos, de onde cria-se a hipótese e classificação da raça. No caso do racismo de estado, tais hierarquias de sujeito surgem das suas condições, condutas, do seu meio e, inclusive, da sua genética e serão incorporadas por uma biopolítica, por muitas vezes facilmente confundida com necropolítica pelo Estado. Esse racismo visa imbuir o sujeito de características naturalizantes de sua essência, para que sua conduta, e no caso

⁶ CAPONI, 2012: 88-89

dos criminosos, o seu crime, seja impossível de se dissociar da sua própria existência.

La primera función del racismo moderno es introducir una ruptura en el dominio de la vida del que se ha hecho cargo el poder; ruptura entre lo que debe vivir y lo que debe morir. La segunda función es hacer funcionar la antigua relación de guerra (“si quieres vivir, es necesario que puedas matar”) de una manera nueva: entre mi vida y la muerte de otro existe ahora una relación biológica; la muerte del otro no es simplemente la condición de mi vida, sino de la vida en general; la muerte del “otro” hará la vida más sana y más pura (IDS, 227-228). Desde este punto de vista, el racismo es la condición del ejercicio del moderno derecho de matar; el racismo aparece donde la muerte es requerida: la colonización, la guerra, la criminalidad, los fenómenos de la locura y de la enfermedad mental⁷

O criminoso está em guerra com a sociedade e na lógica da guerra a sua liberdade representa um risco social, justificando-se, inclusive, a necessidade de matá-lo para sobreviver. Embora no Brasil, formalmente, não esteja legalmente prevista a pena de morte ou a prisão perpétua, o objetivo institucional das estruturas de encarceramento não poderia ser outro senão a aniquilação do comportamento tido como anormal ou da prática criminosa, que por sua vez, já não é capaz de se separar do corpo e da vida do criminoso.

As condições e práticas históricas do sistema carcerário brasileiro, o mesmo que leva Wacquant a classificá-lo como “*campos de concentração para pobres*” (WACQUANT, 2011, p.13), denotam que esse é objetivo: a separação e extermínio das representações associadas à pobreza. Da tuberculose à superpopulação carcerária, da vadiagem às drogas, o estado da pobreza sempre se encontra criminalmente definido e medicamente amparado.

Na obra *Os Anormais* e no ensaio *A evolução da noção de sujeito perigoso no século XIX*, Foucault traça como se imiscuiu o saber médico na cultura forense nos últimos séculos e os seus reflexos na contemporaneidade para a compreensão do que chamamos de periculosidade. Usa para tal alguns casos específicos que, apesar de não serem exemplos genéricos, permitem o vislumbre do funcionamento das instituições jurídicas frente aos crimes hediondos e ilustram claramente a entrada do saber psiquiátrico no aparelhamento jurídico das instituições.

Nos casos de Cornier ou Jouy, Foucault analisa como se dá o movimento onde, através da psiquiatria, o indivíduo que cometeu um crime, deixa de ser um indivíduo e assume a identidade do seu próprio crime. O indivíduo passa a ser definido pela sua conduta e classificado pela sua constituição.

⁷ CASTRO, 2005: 314.

O racismo que nasce na psiquiatria dessa época é o racismo contra o anormal, é o racismo contra os indivíduos, que sendo, portadores seja de um estado, seja de um estigma, seja de um defeito qualquer, podem transmitir a seus herdeiros, da maneira mais aleatória, as consequências imprevisíveis do mal que trazem em si, ou antes, do não normal que trazem em si. É, portanto, um racismo que terá por função não tanto a prevenção ou a defesa de um grupo contra o outro, quanto a detecção, no interior mesmo de um grupo, de todos os que poderão ser efetivamente portadores do perigo.⁸

A noção aqui entendida como um verdadeiro diagnóstico, engloba e mistura tanto o corpo quanto a conduta, tornando-os indissociáveis e sujeitos a uma pena justificada não pelo crime em si, mas pelo perigo potencial diagnosticado na sua figura perante uma sociedade racista.

Nos casos de grande repercussão social, como os que Foucault usa para apresentar seus conceitos em *A evolução da noção de sujeito perigoso no século XIX*, ou como se pode perceber nos crimes dramáticos atuais, a necessidade do social em entender a ininteligibilidade que produz as condutas tidas como atrozidades ou chocantes, faz urgir o papel da psiquiatria forense e da medicina legal (FOUCAULT, 2004).

Esse papel visa explicar aquilo visto como inexplicável pela população diante de definições de “monstruosidades”, no sentido que são concebidas como não naturais, ou seja, contra a própria natureza da vida. Visa identificar características rotuláveis que possam exprimir uma categoria passível de triagem dentro das populações (FOUCAULT, 2004). Seu objetivo é gerar ferramentas para a construção de dispositivos de segurança que identifiquem os indivíduos “perigosos” para que possam ser incapacitados ou medicados.

É tentador perceber essa influência da medicina mental dentro do saber penal como consequência direta da evolução das teorias tradicionais sobre irresponsabilidade ou incapacidade dos dementes ou crianças; entretanto, como lembra Foucault (2004), essa intervenção é resultado de dois imperativos: a higiene pública e o desenvolvimento da técnica de punir como técnica de correção do indivíduo e sanitização social.

No senso comum, tal proposta se valida tendo em consideração um exigente desconforto social quanto à percepção de segurança e a aversão ao risco, que imprime no consciente coletivo a imagem do perigo através do racismo de estado e a emersão da solução médica ofertada em acordo com o status quo, uma resposta muito conveniente, já que legitima a manutenção das desigualdades e dos privilégios.

⁸ FOUCAULT, 2001: 78

É a medicina que oferece a solução e a possibilidade da menoridade. Se hoje é verificável a existência secular de uma diferenciação do tratamento punitivo judiciário dentre as diferentes faixas etárias nas sociedades, isso se dá devido à concepção de que o jovem criminoso, com a sua pouca idade e experiência de vida, é ainda um cidadão em formação ou em aprendizagem, e por isso merece um tratamento diferenciado, um sistema punitivo socioeducativo teoricamente mais ameno, separado de criminosos adultos, com foco na correção.

A diferenciação, em si, revela um conhecimento que permite compreender a criança como um estado diferente do adulto não apenas na sua maturidade biológica, mas especialmente na sua capacidade mental. Porém, essa diferenciação que tinha origem nas teorias de capacidade de discernimento, agora passa a englobar, em sua análise, não apenas o aspecto da consciência do indivíduo, mas também seu caráter, sua genética e seus antecedentes. Dessa forma ocorre o apelo à origem genética e social - quanto mais reiterado o ato, maior será a ligação da sua índole ao vício do crime.

Nessa *geneticocracia* legitima-se a administração da espécie através dos processos de saber poder da medicina, que busca no saudável um caráter normalizador da existência humana em todos seus aspectos.

a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e regulamentados.⁹

A biopolítica manifesta-se e converge na realidade humana sob o olhar medicalizante, que busca higienizar o corpo social do mal, da doença, do anormal e subsequentemente, no escopo desta pesquisa, do crime.

Em suma, a doença como fenômeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida - é a epidemia - mas como morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece. São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação de tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população.¹⁰

⁹ FOUCAULT, 1999: 86.

¹⁰ *Idem*: 91

Essa prática medicalizante, expandida do indivíduo para sua escala populacional, se torna biopolítica, atuando na governamentalidade da população, estatisticamente disciplinando e gerindo a vida de todo o corpo social.

A emergência do saneamento da moral no seio do corpo social certamente que ressoa no campo do controle da criminalidade. Aqui, atua em seus contornos mais extremos, gerindo o corpo criminoso, segregando-o em nome de sua anormalidade e dos riscos que ele representa ao social, já que passa a ser encarado pelo seu potencial de perigo.

O saber médico é convocado para proporcionar respostas sobre a etiologia do crime e de outros desvios normativos e, além disso, como essas respostas biomédicas inserem-se no contexto mais amplo de um novo tipo de racionalidade que organizaria as respostas sociais a certos tipos de ameaças e perigos que escapam aos mecanismos de controle dos esquemas institucionais das sociedades contemporâneas.¹¹

Essa análise representa aquilo que Foucault percebe como medicalização da criminalidade. O criminoso e o crime passam sob o olhar médico que procura justificar as cesuras de poder que separam aquilo que deve viver e prosperar e o que deve morrer. Nada mais ilustrativo que o índice de mortalidade das rodas, casas de correção do Império, das escolas de aprendizes e demais escolas de correção da República.

O olhar medicalizante da criminalidade visa a higienização da sociedade e doutrinariamente impulsiona o encarceramento, visando a incapacitação do jovem delinquente, encarado como um perigo a ser neutralizado, devendo ser segregado o quanto antes, evitando-se assim, além da prática de uma virtualidade de crimes, também a sua reprodução biológica e sua subsistência.

Na representatividade da Liga da Higiene Mental, fundada em 1927 no Rio de Janeiro pelo psiquiatra Gustavo Riedel, tendo como base as ideias de Benedict Morel (1809-1873) e Valentin Magnan (1835-1916) sobre degeneração¹², toda uma instituição de produção e distribuição de um saber médico higienista é construída junto à parcela acadêmica e de elite.

Suportado por médicos, juristas e legisladores, esse saber se transforma em verdadeiro mecanismo de poder para controle do corpo social, mas a sua intervenção na seara criminal se dá através da necessidade de

¹¹ MITJAVILA, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000100117&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015015>.

¹² Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, 1857; V. Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1893; M. Legrain y V. Magnan, *Les Dégénérés, état mental et syndromes épisodiques*, Paris, 1895.

esclarecimento dos então entendidos “crimes sem motivo” (FOUCAULT, 2004). A explicação para monomanias homicidas são respostas a um perigo que preocupa, a capacidade da prática de crimes sem motivos aparentes.

O intuito parece corresponder de forma muito legítima ao discurso eugenista que se enraizou na elite brasileira durante o último século, ao sugerir o acirramento de políticas carcerárias diante o aprofundamento de percepções de cunhos racistas contra uma parcela estigmatizada da população. Clama o social institucionalizado, em nome da proteção contra o perigo, a ampliação de políticas que purifiquem o seio social do crime, que por sua vez está personificado às características daqueles que lotam o sistema prisional do país: pobres, negros, pardos, doentes.

De acordo com Souza¹³, o fundador da Liga da Higiene Mental Brasileira, Renato Kehl destacou em congresso da sociedade: que *“o estudo e a aplicação do conhecimento eugênico seria o meio mais rápido e eficiente para moldar o plástico organismo humano”*, resguardando *“as gerações futuras da delinquência”* aparando *“as arestas da imperfeição”* (SOUZA, 2006: 63).

Assim como no caso de Charles Jouy¹⁴ na obra de Foucault, a erupção de verdadeiros apelos sociais denotam a disseminada responsabilidade de controle que jaz no ente social em busca da sensação de segurança através da incapacitação dos riscos provenientes pela infância degenerada, usando os mecanismos de conhecimento da psiquiatria forense.

O conhecimento que nasce para desvendar o perigo encerrado nos crimes e nos criminosos resultará numa série de saberes que refletiram em variadas áreas de atuação. No campo do direito e da criminologia europeus, personagens importantes como Beccaria e Lombroso surgiram com suas pesquisas antropométricas para averiguação da delinquência nata do indivíduo.

Partindo de pesquisas com populações carcerárias visava-se conhecer medidas e características morfológicas de sujeitos condenados como modo de construção de um padrão do sujeito lombrosiano, o delinquente nato, aquele que carrega em sua genética a probabilidade para o crime e o vício.

No Brasil, Nina Rodriguez e seus estudos de craniometria logo o elevam ao posto de patrono da medicina legal no país (CORRÊA, 2013). Os primeiros cursos da área foram implementados em 1832 nas Faculdades de

¹³ SOUZA, 2006.

¹⁴ O caso de Charles Jouy no século XIX é ilustrado por Foucault em *Os Anormais, aula de 19 de março de 1975*, como exemplo da forma de controle social. Jouy, um simples camponês, iletrado e pobre, é denunciado pela própria família por ter masturbado uma menina ou cometido um quase-estupro. Serve para denotar a família como um dos núcleos de controle social e o seu caso ilustra ainda, em comparação ao caso de Henriette Cornier, a mudança de paradigma do crime resultante da loucura, para aquele resultado de um “estado”, dando origem ao racismo de estado, ou seja, a estigmatização do estado do indivíduo. No caso de Jouy, sua conduta é resultado de seus caracteres sociais como a pobreza e falta de educação.

Medicina da Bahia e Rio de Janeiro, em 1939 a primeira tese brasileira é apresentada tendo com o título de *Dissertação Médico Legal acerca do Infanticídio*.

A medicina legal no Brasil é separada por Oscar Freire em três fases: a primeira denominada estrangeira, quando a maioria do saber era relacionado, principalmente, à toxicologia, e se estendeu até 1877 quando o autor considera a posse de Agostinho José de Souza Lima na cátedra de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro como um divisor de águas no instituto.

Na sua função o médico higienista Agostinho Lima não apenas desenvolveu pesquisas e manuais sobre a medicina legal no Brasil, mas foi responsável pela criação de cursos e laboratórios, como o curso de tanatologia forense em 1881, apenas três anos após ter sido inventado em Paris por Brouardel (FREIRE, 2006).

Mas é com Nina Rodrigues, na terceira fase, que a medicina legal ganha proeminência e se torna instituição com representantes de diferentes áreas e inúmeros pesquisadores e escritores que alçaram o desenvolvimento de diversos dispositivos sociais e legislativos.

Durante esse período, diversas políticas públicas são implementadas visando a efetividade do saber psiquiátrico (COSTA, 2006). O governo de Rodrigues Alves, em 1902, por exemplo, reforma o Hospital Nacional e nomeia Juliano Moreira à diretoria. Sob influência de Juliano é promulgada, um ano mais tarde, a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados. Em 1905 são criados os Arquivos Brasileiros de Psicologia, Neurologia e Ciências Afins e dois anos mais tarde funda-se a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal.

Quando, em 1912, a psiquiatria se torna especialidade médica autônoma, ocorre um aumento significativo de novas instituições voltadas ao serviço de tratamento psiquiátrico como a Colônia do Engenho de Dentro e o Manicômio Judiciário.

Ao avaliar a sua carreira como docente da faculdade de Medicina Legal, Nina Rodrigues faz um levantamento do seu “plano de ação e ensino” onde elenca os objetivos da matéria:

1º Promover a criação, no nosso processo judiciário, de uma organização da perícia médica, com peritos especialistas, já pela propagando universitária, já pela demonstração na imprensa da necessidade e oportunidade de tal reforma;

2º Promover pelos mesmos meios a criação de institutos médico-legais, de ensino prático e experimental, onde se possam formar peritos;

3º Promover a solução daqueles problemas médico-legais que nos são peculiares, ou têm para nós uma feição peculiar, em razão do clima, da raça,

da natureza das nossas instituições políticas e judiciárias, ou do grau da nossa civilização;

4º Dirigir o ensino da medicina legal nas faculdades médicas, de modo a criar um padrão que sirva de modelo, no seu início, aos institutos médico-legais das chefaturas de política. Ao mesmo tempo, adaptar o ensino médicos à feição peculiar da fase que o problema médico-legal atravessa no país. (NR, 1902d, In: CORRÊA, 2013: 93)

A empreitada da medicina legal irá produzir muitos frutos na realidade sociojurídica da criminologia e se introduzirá no campo do das práticas jurídicas com rapidez.

Em 1921, com a lei 4.242¹⁵, uma lei de cunho fiscal que dispunha sobre orçamento para despesas com instituições federais, a inimputabilidade é novamente direcionada aos menores de 14 anos. Nessa época, alguns autores, entre eles Tobias Barreto e Evaristo de Moraes, diante a chegada das ideias eugenistas da Europa e da infiltração do saber médico nas práticas forenses, já denunciavam como “adivinhação psicológica”¹⁶ as, já presentes na legislação desde o Império, avaliações de discernimento, evidenciando a existência e a força do discurso psiquiátrico e eugenista infiltrado no saber jurídico.

Essa capacidade de “obrar com discernimento”, causava polêmica não apenas com os pais dos “delinquentes”, que se esforçavam para provar a incapacidade mental e irresponsabilidade de seus filhos (SANTOS, 2015), mas também dentro dos próprios tribunais ao ser o tema de disputas que poderiam prolongar um processo por anos.

Mas a Medicina Legal oferece os instrumentos que justificam a atividade judicial frente à criminalidade. A confiança com que um órgão judiciário sentencia com base em um saber médico legal certamente revela o grau de entrelaçamento que os saberes se encontram, para uma ideia mais clara do que se evidencia vejamos um trecho de sentença criminal em um Juizado Infântil de 1935:

Se hoje o Tribunal popular pode decidir da causa de um R., independentemente da perícia técnica relativa à enfermidade mental, acidental ou permanente dele, a fortiori, o poderá fazer um juiz togado que desempenha um cargo técnico jurídico e que pelo diploma tem, a seu favor a presunção de conhecer medicina legal da qual é apenas um capítulo à psiquiatria ou patologia das emoções. (BRASIL, Arquivo Nacional, notação 2419/35, Sentença)

O que essa inserção do saber médico psiquiátrico dentro dos processos judiciais proporciona é o deslocamento do eixo da responsabilidade do

¹⁵ BRASIL, Lei 4.242 de 3 de janeiro de 1921.

¹⁶ SHECARIA, 2015.

erro ou do ato criminoso para suas causas e efeitos. Essas causas advêm do encadeamento de fatos que culminam no ato – causas psiquiátricas - em contraste aos riscos e perigos da sua indução. Ao eliminar o elemento de culpa do ato, se introduz a noção de probabilidade causal e de risco quanto a sua reprodutividade (FOUCAULT, 2004).

Se temos um sistema legislativo e judiciário cujo foco de atenção se desenvolve a partir do eixo higienista e eugenista em relação ao sujeito, se tornam, as ciências jurídicas, médicas e psiquiátricas, as formas de conhecer a culpa e atribuir a pena através do racismo e condenação da pobreza.

É possível notar, em uma pesquisa que se estenda por uma base cronológica ampla, justamente esses momentos de infiltração do saber médico psiquiátrico a tal ponto, que é sobre ele onde se desenvolverá a argumentação jurídica. Deixam-se de lado questões de convencimento de caráter jurídico penal, que passam a ser substituídos por conflitos e embates de cunho médico e psiquiátrico dentro do processo criminal.

Nesse momento podemos perceber como o eixo da culpabilidade dentro da esfera jurídica move-se para o conflito dentro da esfera do saber médico. Entram em cena os peritos médicos, as avaliações sociais, os exames de vida pregressa, os testes psiquiátricos. E a ideia de incorrigibilidade passa a ser um resultado jurídico formal possível.

Conclusão: O menor e seu código

A partir de 1926, o novo governo do Presidente Washington Luís, eleito indiretamente quase de forma unanime, inaugura esforços para a consolidação das leis até então existentes relativas à assistência e proteção da infância. Nos últimos anos da República Velha, já em 1927, é sancionado o primeiro Código de Menores do Brasil.

Tratava-se da reunião de todo um ideal formado a partir das raízes ideais do caritativo e dos saberes jurídicos, sanitaristas e psiquiátricos que até então eram responsáveis, não apenas pela produção de conhecimento, como pela administração das instituições públicas e privadas destinadas à infância.

Visava um sistema patriarcal de proteção das crianças contra os males identificados pelos saberes higienistas e eugênicos. A proteção se expande não apenas contra as doenças, o abandono, a miséria, mas adentra nas condições familiares, na moralidade de sua condição e na construção genética da espécie.

Porém, definitivamente, como um código penal, o principal objetivo do documento era produzir legalidade para esforços de combate à

delinquência infantil. Desde a legitimação do saber psiquiátrico dentro das práticas jurídicas com a previsão de obrigatoriedade das avaliações psiquiátricas até a substituição assistencial da família despreparada e contaminada pelos vícios da pobreza, o código traz a consolidação legal das práticas já amplamente difundidas pelas instituições e saberes higienistas.

Importante ressaltar que o envolvimento daqueles que portam o conhecimento, um conhecimento informado pelo racismo, não apenas afeta as políticas e práticas das instituições até então existentes, como são, eles mesmos, afetados por elas. Além de veículo das políticas, as instituições são os laboratórios e fontes de desenvolvimento da prática. Nelas, os especialistas empregam as práticas da sua ciência e também as desenvolvem a novos patamares com o intuito de elevar os padrões de saúde física e moral da infância (RIZZINI, 2005).

Com a eclosão de sérios problemas sociais advindos da crescente urbanização, crescimento demográfico, insalubridade e doenças endêmicas, além da já elevada taxa de mortalidade infantil e aumento significativo da delinquência juvenil, o código é uma resposta formal e padronizadora das práticas judiciais em relação a infância. (RIZZINI, 2004).

Finalmente, em 1927, o primeiro Código de Menores¹⁷ dá tratamento exclusivo aos jovens que cometem crimes entre os 14 e 18 anos de idade, inaugurando uma especialidade criminológica voltada exclusivamente para o jovem, com a construção e aparelhamento específico visando a punição e aprisionamento especial para a população de condenados dessa faixa etária.

Uma das situações que logo seria enfrentada fazia referência ao enorme e crescente número de menores em situação de abandono nas ruas, que representavam um grave problema de segurança pública. O crime pelo olhar higienista não deixa de ser uma doença, uma epidemia que necessita ser saneada, e as relações entre as condições dos menores em situação de risco e a prática de crimes logo é percebida.

Medidas, por excelências repressivas, passam a dar o novo tom no tratamento da delinquência juvenil (RIZZINI, 2005). Até mesmo o discurso, aos poucos caminha para linhas mais duras, que se afastam da aludida campanha educadora e amparadora das primeiras instituições de meados do século XIX para uma campanha punitiva. Não apenas escolas e casas de acolhimento, mas colônias correccionais e prisões penais são novos destinos para a nova casta de menores que afluem do vácuo civil formado do fim formal da escravidão.

¹⁷ BRASIL, Decreto 19.943-A de 12 de outubro de 1927.

A vinda à superfície de toda uma população jovem que se mantinha afastada da sociedade e das cidades pelos grilhões, e agora anda “livremente” certamente causa um impacto que é sentido de variadas maneiras nas cidades (RIZZINI, 2004). Não apenas a presença física das condições dos indivíduos marcados pelos estigmas da miséria e da violência chocam a cidade, como promove uma gama de reações por parte do poder público que, por sua vez, se encontra agora ainda mais pressionado para oferecer respostas não só aos problemas associados a esse contingente – questões relacionadas ao sanitário e criminalidade especialmente - mas à pressão das classes mais ricas e urbanas da capital da República por soluções.

Evidentemente que essas pressões surtem efeito e desde as últimas décadas do século XIX e ao longo do século XX o Estado intensificou e ampliou a política direcionada ao menor. O código de menores de 1927, batizado de Código Mello Matos¹⁸, é a consolidação de uma gama de esforços ao longo do tempo que, por sua vez, representam um rol de saberes e práticas incorporadas na sociedade durante um século.

Desde as definições dos seus objetos até a legitimação das instituições, o código carrega em si a própria história dos discursos e das práticas da sociedade na época. Antes assistencialistas e agora assumindo seu papel correccional, o direito com o esforço de Mello Matos, acaba por se consolidar em um primeiro código e manual jurídico sobre a questão da menoridade.

Se no período até a virada do séc. XX, a roda, a instituição religiosa responsável pelo acolhimento das crianças abandonadas era a única instituição voltada à infância problema, no governo republicano condenam-se os moldes da roda e assumem-se os projetos de uma nova menoridade, que passa por inovações legislativas e a criação de novas instituições públicas e privadas subsidiadas pelo Estado, como o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (CABRERA, 2006).

Alguns aspectos importantes devem ser notados para entender a dinâmica social que será consolidada no primeiro código de menores do Brasil. Como lembra Cabrera, já na própria terminologia criança e menor há que se fazer algumas observações. A terminologia surge, no contexto da época, onde há clara diferenciação entre os termos “criança” e “menor”. O termo criança se referia à população infanto-juvenil enquadrada nos padrões de normalidade, ou seja, as crianças e jovens em situação regular e amparadas pelas famílias, educadas ou trabalhadoras. Já o termo “menor” era direcionado àquelas em situação irregular, tidas como vulneráveis, abandonadas ou delinquentes (CABRERA, 2006).

¹⁸ O dia do Juiz de Menores é comemorado no dia 3 de janeiro para marcar a data da morte do promotor, advogado e professor brasileiro, José Cândido de Albuquerque Mello Mattos.

Enquanto às “crianças” se promovia as virtudes da educação, aos “menores” os saberes vigentes pregavam o castigo e a reclusão. No 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, que tinha como um dos temas principais a defesa do castigo à menores, a experiência de séculos no tratamento das crianças certamente reconhecera os benefícios do castigo corporal direcionado às “más inclinações”. A punição física vinha sendo empregada desde a colônia e, embora o discurso de salvação e correção não tenha se cumprido, de certa forma, o resultado obtido, de subjugar e anular o indivíduo era, satisfatoriamente, um sucesso aos olhos dos especialistas.

A coerção do comportamento da criança, baseada em um padrão de normalidade cuja estrutura servia para sustentar o privilégio da criança branca herdeira, reservava uma educação violenta física e emocionalmente para os anormais. Os castigos destinados à educação das crianças incluíam desde golpes corporais como palmadas, bofetadas e espancamento, até ameaças psicológicas; aos de menores idades, olhares ameaçadores e violência verbal, aos maiores, castigos como proibições e detenções (RAGO, 2007).

A violência como castigo era aplicada em variado grau em todos os ambientes em que a criança estivesse inserida. No âmbito familiar era invariavelmente empregada independente de classe social. Nas instituições também havia códigos de conduta bem esclarecidos e aceitos, porém, os graus de violência não eram os mesmos. A medida punitiva por uma transgressão em uma escola destinada às crianças era muito diferente daquela empregada nas casas de detenções, colônias agrícolas e escolas correccionais, afinal, aqueles menores institucionalizados nesse serviço eram em geral já incorrigíveis, e a sua reclusão era uma política de enfrentamento a insegurança pública.

Durante o mesmo congresso de 1922 sociólogos e antropólogos criminalistas concordam, sob o discurso máximo de Evaristo de Moraes, que é na família onde se encontram os alicerces da criança saudável física e moralmente e que os esforços para subsidiar políticas de assistência a infância abandonada moral e materialmente é uma bandeira imprescindível como obra de fraternidade e proteção social de uma nação desenvolvida nos moldes europeus e norte-americanos (KUHLMANN JR., 1998).

Foram nos Congressos Internacionais sobre o tema da menoridade, ao menos quinze realizados entre 1882 e 1922 nas Américas, especialmente em países como Estados Unidos da América, Brasil, México, Argentina e Chile, onde se denota a evidente expansão desse saber entre os países americanos. O Brasil sediou cinco desses eventos, sendo quatro no Rio de Janeiro a partir de 1900 e uma vez em São Paulo em 1911. O Dia da Criança, 12 de Outubro, foi escolhido no encerramento do 3º Congresso Americano da Criança realizado junto com o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância em 1922.

O Instituto Internacional Americano de Proteção à Infância, formado pelos membros do antigo Congresso Americano da Criança, era organizador de tais congressos internacionais com o intuito de promover avanços do debate, na pesquisa e da divulgação do conhecimento relacionado ao tema. Com a função de reunir e publicar leis e documentos oficiais de proteção à infância; documentar as instituições públicas e privadas com este fim; reunir obras e revistas; elaborar estatísticas sobre morbidade, mortalidade, nascimentos; informação de dados as autoridades e instituições; atuar como centro de informações sobre a infância aos interessados.

Como já salientado anteriormente, essa é uma das formas como o saber direcionado à infância se expande dos centros acadêmicos norte americanos e europeus para a esfera brasileira. Dos Estados Unidos da América do Norte, servem de modelo às ideias da Sociedade Protetora da Infância em vigor desde 1866, das *"Children's Courts"* que em 1901 começaram a funcionar em território estadunidense, à semelhança com as novas varas infantis implementadas gradualmente em solo brasileiro são evidentes. Desde 1908 na Inglaterra, o *"Children Act"* estabelecia a menoridade em até dezesseis anos. Os códigos dedicados integralmente à infância são discutidos e promulgados na Alemanha em 1905, na França em 1912, na Itália em 1917. No Brasil, juristas, educadores e médicos discutiam a legislação em vigor sobre a penalidade do menor, informados por avanços estrangeiros e práticas nacionais, e em 1927 o primeiro documento dedicado exclusivamente a menoridade é sancionado nesses mesmos moldes.

Esses moldes visam enquadrar a infância, ou melhor, todas as infâncias às suas respectivas composições sociais. Desde o método educativo ao método punitivo, da criança "regular" ao menor incorrigível. A ciência que molda essas diferentes condições gira em torno de eixos muito diferentes, delineando aquela que talvez seja a grande marca da sociedade brasileira: a desigualdade. O saber em torno à infância tem como fonte uma hierarquização das condições de existência a partir de polos tão distantes, que se tornam expressões não de uma noção de infância generalizada, mas de variadas escalas de infâncias, que acarretaram cada uma, em suas próprias políticas, instituições e legislações.

O olhar que recai sobre a infância poderia ser em relação aos melhores hábitos higiênicos, de etiqueta ou cuidados médicos, como poderia salientá-la como causa da criminalidade e objetos de exploração laboral ou sexual. Essa preocupação ampla e perene de melhoramento das condições e da raça que compunham a sociedade, agora, com a cientificação e importação acadêmica do tema; com os estudos e observações nas instituições nacionais que a partir de 1890 são as referências da experiência infantil, formam um

arcabouço de saber que além de se consolidar, traz inúmeros debates e novos saberes que atingem um grau de legitimidade formal inédito com o primeiro código de menores brasileiro.

A retórica de um darwinismo social levava o jurista a indagar toda sociedade sobre o que ela esperava de um adulto que quando criança viveu em abandono e exclusão, marginalizada por uma sociedade burguesa discriminatória e desigual.

O interesse pela criança não é mais problema sentimental, tem fundamento na economia social e no melhoramento humano que tende cada vez mais a se ampliar em todas as classes sociais, constituindo hoje preocupação dominante de todos os homens da sociedade". (LIMA, 1937: 192)

O próprio Juiz de Menores Mello Mattos declarou em 1929 que a motivação para as medidas legais de proteção assentava na crença de que a criança representava um recurso econômico e social para a nação:

O menor é para o Estado um valor econômico e um valor social; contribui para o desenvolvimento do povoamento, do solo e para a manutenção da integridade e da independência da Pátria; por isso, além de outras razões, a vida dos menores é preciosa à Nação.

Para Mello Mattos, que é considerado o pai do primeiro código de menores, a criança representava *"a base principal do povoamento do país, o futuro trabalhador, na lavoura, na indústria, no comércio, em todas as classes produtoras"*. O juiz ponderava ainda que o valor social da criança residia no fato de nela repousar tanto a grandeza do povo, quanto *"a prosperidade das nações e o progresso da humanidade"*¹⁹. Nas suas palavras:

A criação e a educação do menor interessam no mais alto grau a ordem pública, da qual o Estado é o guarda. Por isso, ele deve intervir com a sua proteção aos menores nas ruas e nas oficinas, na exploração, pelos pais e pelos patrões, na fiscalização dos divertimentos comercializados, no uso de tóxicos, na disseminação dos vícios etc.²⁰

Desta maneira, os profissionais da medicina e do direito estabeleciam conexões explícitas entre infância, nação e a ideologia do Estado sobre assistência. Eles efetivamente construíram um discurso nacionalista que relegou a criança a uma posição de bem econômico da nação. As instituições de

¹⁹ FALEIROS, Vicente de Paulo. "Infância e processo político no Brasil". In PILOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene, p. 62

²⁰ Idem.

assistência à infância transformaram-se em mecanismos das classes médias e altas para assegurar a estabilidade social e econômica.

Parece existir uma contradição nesse discurso que elevava a família à condição de unidade fundamental da sociedade e, ao mesmo tempo, destruía a estabilidade das famílias de classes baixas. Torna-se evidente que as elites brasileiras associavam "família" ao padrão das classes médias e altas, que precisavam ser protegidas das camadas baixas que, pelo simples fato de existirem, representavam uma ameaça para a "família brasileira", entendida em sentido restrito (WADSWORTH,1999). A própria noção de criança passa por essa associação às condições normatizadas pelas classes mais altas, relegando a criança pobre a pecha de menor. A figura da palavra nos remete a ideia de um indivíduo cujos caracteres estão definidos, mas que ainda possui pouca idade. O menor é o pobre e o risco em criação, representa o criminoso e o doente em formação. E a criação do Código de Menores, vem ratificar e nacionalizar essa noção de direitos infantis.

Desde a virada do século XX, os homens que construíram o discurso nacionalista e a ideologia da assistência à infância explicitamente excluíram as famílias de classe baixa da definição oficial de "família." Assim, conseguiam justificar tanto as intervenções do Estado no mundo familiar dos menos favorecidos, quanto as propostas que, insistentemente, preconizavam a necessidade do governo assumir o papel pátrio das crianças pobres brasileiras - o que efetivamente minava a estabilidade e a legitimidade dos genitores, especialmente a figura paterna, substituídos pelo poder público. O governo brasileiro adotou, em 1927, esse mesmo tipo de racionalização no *Código de Menores*.

Essa assistência punitiva aos mais pobres era vista como forma de política social da burguesia intelectual que garantia os direitos ao exigir subserviência. Uma permuta espúria condicionada de docilidade por dignidade.

A representatividade do primeiro código de menores está em propiciar algo fundamental para o que se intentava através do saber médico eugênico e higienista: formalizar e legitimar uma atuação interventora do Estado e da elite no núcleo essencial de formação do indivíduo, a família. A noção de pátrio poder e legalização dos processos de substituição do núcleo familiar representa a meta do interesse que visa modificar, na raiz do sujeito, os males considerados a partir da ótica eugênica e higienista.

Significa a possibilidade extrema de absoluta supressão do indivíduo, baseado em sua condição social, o mais cedo possível. Um mecanismo que visa dizimar os caracteres representativos dos estigmas do racismo institucionalizado em qualquer momento na vida de um indivíduo. Uma ferramenta que persiste até hoje para fomentar uma "normalidade" profundamente marcada por construções sociais que emergem da dinâmica racial e suprimir o risco, também racial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Código de Menores**. Rio de Janeiro: DECRETO Nº 17.943-A DE 12 DE OUTUBRO DE 1927.

BRASIL. **Constituição (1988)**. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, **1988**.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal.

BRASIL. **Relatório do Chefe de Polícia da Corte**. Relatório do Ministério da Justiça, 1877.

BACELLAR, Carlos de Almeida Prado. **Viver e Sobreviver em uma Vila Colônia**: Sorocaba, séculos XVIII e XIX. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2001.

CAMARA, Sonia. **Por uma cruzada regeneradora**. A cidade do Rio de Janeiro como canteiro de ações tutelares e educativas da infância minorizada na década de 1920. São Paulo: Edusp, 2008.

CHALHOUB, Sidney. **Visões da Liberdade**. São Paulo: Cia. das Letras, 1990.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Plano Nacional de Política Criminal**. Brasília: CNPCP, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Panorama Nacional – A Execução das Medidas Socioeducativas de Internação**. Brasília: CNJ, 2012.

CORAZZA, Sandra Maria. **História da Infância Sem Fim**. Ijuí: Unijuí, 2004.

CORRÊA, Mariza. **As ilusões de liberdade: a escola de Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

CUNHA, Luiz Antonio. **O ensino de ofícios manufatureiros em Arsenais, Asilos e Liceus**. In *Fórum Educacional*. Rio de Janeiro, vol. 03, nº03, jul./set., 1979, pp. 03-47

CUNNINGHAM, Hugh. **The Children of the Poor: Representations of Childhood since the Seventeenth Century**. Oxford: Blackwell, 1991.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2016

FOUCAULT, Michel. **A vontade de saber**. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos V: Ética, sexualidade e política**. Rio de Janeiro: Fofense Universitário, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **La vida de los hombres infames**. La Plata: Caronte Ensayos, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir. nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987.

FRAGA FILHO, Walter. **Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX**. São Paulo: UFB, 1995.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O Adolescente em Conflito com a Lei e o Debate sobre a Redução da Maioridade Penal: esclarecimentos necessários**. Brasília: Ipea, 2015.

HIMMELFARB, Gertrude. *The Idea of Poverty: England in the Early Industrial Age*. Nova York: Vintage Books, 1985. Disponível em: <https://archive.org/details/ideaofpovertyeng00himm>.

LIMA, Lana L da G., VENÂNCIO, Renato P. **Abandono de crianças negras no Rio de Janeiro**. IN PRIORE, Mary Del (org.) *História da Criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1996.

LOPES, Luiz Carlos. **Projeto educacional Asilo dos Meninos Desvalidos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

MARCÍLIO, Maria L. **A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil 1726-1950**. In: FREITAS, Marcos C. de (org.) *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, USF, 1997. p. 51-76.

MARTINEZ, Alessandra Frota. **Educar e instruir: a instrução popular na Corte imperial. 1870 - 1889**. Dissertação de Mestrado, Niterói, Universidade Federal Fluminense, 1997.

PRIORI Mary Del. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2013.

RIZZINI, Irene. **Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever: Uma história da legislação para a infância no Brasil**. In PILOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene (orgs.). *A arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Universitária Santa Úrsula, 1995

RIZZINI, Irene. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irma, **O surgimento das instituições especializadas na internação de menores delinquentes**. In: ZAMORA, Maria Helena (org.). *Para além das grades: elementos para a transformação do sistema socioeducativo*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2005.

SOUZA, V. S. de (2006). **A política biológica como projeto: a “eugenia negativa” e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)**. Dissertação de Mestrado. Casa de Saúde Oswaldo Cruz. Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil.

WACQUANT, Loic. **As prisões da miséria**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 103-124, set. 1999.

WAISELFSZ, J.J. **Mapa da Violência 2016: Mortes Matadas por Armas de Fogo**. Rio de Janeiro, FLACSO/CEBELA, 2013.

EUGENESIA E INFANCIA EN LA SOCIEDAD URUGUAYA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Myriam Mitjavila
Elizabeth Ortega
María José Beltrán

Introducción

El propósito de este capítulo es presentar un análisis de los procesos mediante los cuales la infancia pasó a ocupar un lugar relevante en la implantación de estrategias eugenésicas en Uruguay durante la primera mitad del siglo XX. Debido a la escasez de estudios sobre el movimiento eugénico uruguayo, se impuso la necesidad de realizar un amplio y diversificado relevamiento de material bibliográfico y documental que permitiese indagar esa problemática. Las principales preguntas que orientaron la investigación se refieren a la relevancia biopolítica de la infancia en general y, en particular, de la infancia considerada anormal por sus efectos disgenésicos sobre la “calidad” de la población uruguaya.

Esa preocupación por la conformación de la población bien como por su posible “mejoramiento” ha constituido el eje central de las concepciones eugenésicas desde sus orígenes. Las leyes de la herencia biológica y la teoría de la evolución de las especies integraron el núcleo teórico a partir del cual el eugenismo se presentaba como un programa de carácter “científico”, favoreciendo de ese modo su diseminación como doctrina en diversas áreas de la vida social y política (STEPAN, 2005).

También es importante destacar el carácter heterogéneo del movimiento eugénico, al albergar en su interior desde perspectivas que identificaban la herencia biológica como elemento determinante de la calidad de la población y que, por lo tanto, descartaban la posibilidad de que el medio

social pudiera alterarla hasta aquellas que les atribuían un papel preponderante a las condiciones ambientales en su modificación. A diferencia de lo que ocurriera en países del continente europeo, en América Latina habría prevalecido el segundo de esos tipos de perspectivas, denominado por Stepan (2005) como “eugenesia latina”. Si bien este concepto no ha sido objeto de definiciones precisas (SAPRIZA, 2001), delinea los contornos del eugenismo como un campo discursivo que reúne diversos saberes y estrategias biopolíticas dirigidas al mejoramiento de la población, desde el punto de vista de su calidad o pureza (étnico-racial, física, mental o moral) en beneficio de la especie, de la sociedad o de la nación.

El eugenismo imperante en Uruguay también se inscribiría en su modalidad “latina”, pero presentando un perfil peculiar si se lo compara con lo observado en otros países latinoamericanos en el mismo período. El aspecto quizás más peculiar del caso uruguayo residiría en la ausencia de argumentos étnico-raciales en prácticamente todas las versiones del ideario eugénico a nivel nacional. En la medida en que se dispone de escasos registros historiográficos sobre el tema, se impone cierta cautela a la hora de evaluar ese aspecto. No obstante, su consideración se torna necesaria para comprender el tipo de racionalidad que organizó los discursos y prácticas eugénicas, no a partir de la raza y sí de otros factores considerados como fuentes de degeneración y degradación física, intelectual y moral de la población uruguaya.

En ese sentido, es preciso considerar que a inicios del siglo XX los sectores de población de origen africano e indígena, así como sus mezclas con otros grupos étnico-raciales, representaban, posiblemente, menos del 20% de la población total (SANS, 2009). A ello debe agregarse el carácter hegemónico que históricamente ejerció, y actualmente aún ejerce, la idea según la cual la población uruguaya tendría una composición étnico-racial mayoritariamente caucásica, de origen europeo (CABELLA; NATHAN, 2014). En suma, ya sea en función de su escaso peso cuantitativo o de un imaginario que ideológicamente negaba su existencia como parte de la identidad nacional, las figuras del negro y del indio no suelen aparecer como parte del repertorio de amenazas percibidas a la integridad eugénica de la población de acuerdo a los registros disponibles.

Otra peculiaridad del eugenismo uruguayo deriva de la formación sociohistórica del país. En ese sentido, el inicio del siglo XX marcó en Uruguay un proceso de inflexión sociopolítica, caracterizada por la democratización del sistema político, la consolidación del papel del Estado, la creación de un avanzado sistema de protección social y un acentuado proceso de secularización de la vida social, en una sociedad fuertemente medicalizada (CAETANO, RILLA, 2016). En ese contexto, dos grandes categorías de problemas tendían a ser percibidos como fuentes de todos los males que podrían afectar el destino del país: la pobreza y los llamados vicios sociales, tales como el alcoholismo y la prostitución, entre otros. Diversas fueron las estrategias

desplegadas durante las primeras décadas del siglo XX para combatir esos problemas, aunque inventariarlas no forma parte de los objetivos de la presente discusión. Corresponde señalar, sin embargo, la innegable preocupación que esos problemas despertaban en las élites en términos de construcción del futuro de la sociedad. En ese sentido, la recepción del eugenismo en el Uruguay habría sido lo suficientemente amplia como para ejercer cierta influencia en la orientación y diseño de políticas públicas, fundamentalmente en las áreas de reproducción biológica, inmigración, salud e higiene públicas (ORTEGA, BELTRÁN, MITJAVILA, 2018).

Desde el punto de vista del objeto de análisis del presente capítulo, queremos destacar la que hipotéticamente sería, por un largo período del siglo XX, la estrategia primordial del eugenismo uruguayo: la exaltación del valor biopolítico de la infancia como soporte biológico y moral del futuro de la población uruguaya. La importancia atribuida a la infancia y el tipo de orientación de las estrategias empleadas para gestionarla no respondieron a una única orientación determinada. Como observara Graciela Sapriza (2001), el Uruguay tuvo su versión de la denominada «utopía eugenista», cuya vigencia la autora ubica en el período de entreguerras (1918-1945), involucrando a algunos segmentos de la comunidad científica y de autoridades del Estado abarcando, entre sus adeptos, a personalidades de todo el espectro político. No se trataba, por lo tanto, de un movimiento homogéneo, totalmente unificado. Así, habrían convivido durante ese período, por lo menos tres vertientes del eugenismo: la cristiana (a pesar de que en la Encíclica Casti Connubii, de 1930, la Iglesia Católica se había pronunciado en contra de la eugenesia), la “galtoniana”, y la batllista. De todas formas, “la doctrina se presentaba lo suficientemente laxa como para incluir diferentes versiones” (SAPRIZA, 2001: 122). Esas diferentes vertientes del pensamiento tenían un punto de convergencia: la infancia como problema y, al mismo tiempo, como solución. Eso será discutido en la siguiente sección, dedicada a presentar una visión panorámica de los soportes institucionales creados para la gestión biopolítica de la infancia en las primeras décadas del siglo XX.

El entramado institucional de la gestión sociopolítica de la infancia

El entramado institucional construido en el transcurso de las primeras tres décadas del siglo XX, en el marco del denominado Primer Batllismo,¹ incluía un variado conjunto de organizaciones que tenían como foco a la infancia.

¹El período que abarca las tres primeras décadas del siglo XX es conocido como Primer Batllismo debido al protagonismo del presidente José Batlle y Ordóñez que ejerció la Presidencia de la República en dos períodos en esos treinta años. Se trata de un período de consolidación del Estado, de una prolífica legislación de protección social, y de extensión de la ciudadanía.

Se podrían distinguir dos conjuntos de iniciativas institucionales que vehicularon las intervenciones dirigidas hacia la infancia: algunas relacionadas con la caridad y la filantropía (predominantes durante la segunda mitad del siglo XIX), otras directamente asumidas bajo la responsabilidad estatal como en el caso de la, quizás, más relevante de todas: la reforma escolar iniciada en 1875 (BARRÁN, 2019).

Una serie de medidas de amplio alcance fueron aplicadas sobre la infancia y la familia, especialmente en torno a la figura materna. Esas medidas surgían como respuestas a diversos problemas tales como los relativos a las prácticas de crianza consideradas inapropiadas, al abandono de los recién nacidos y, de manera especial, a la mortalidad infantil.

Como señalan Pellegrino y colaboradores (2008), la mortalidad infantil tuvo un comportamiento singular en Uruguay: hacia el novecientos la tasa era de alrededor de cien por mil, la más baja de la época, sólo igualada por Noruega y Suecia. Pero, en lugar de seguir una reducción sostenida, como ocurrió en la gran mayoría de los países, muestra dos largos períodos de estancamiento, manteniéndose en torno a cien por mil en las cuatro primeras décadas del siglo XX, y en valores aproximados a cincuenta por mil desde fines de la década de 1940 hasta el final de los años 70.

Entre los problemas que más preocupaban a médicos y salubristas de la época se encontraban el abandono de los hijos y la ilegitimidad, asociando ambos fenómenos al incremento de la mortalidad infantil, justamente en un país que comenzaba a preocuparse con el bajo nivel de aumento de su población (BIRN; POLLERO; CABELLA, 2003).

Dos tipos de soportes institucionales operaron en la valoración biopolítica de la infancia asociada a sus posibles impactos (dis)eugenésicos: internacionales y nacionales. En lo que se refiere al primer tipo, debe resaltarse el papel de organismos internacionales de diversa índole en la recepción y consolidación de formatos institucionales de atención a la infancia que ya existían en otros países (SARALEGUI, 1958).

Un ejemplo paradigmático de la consolidación de ese entramado institucional que favoreció la intervención y la creación de conocimiento en torno a la infancia fue el proceso de creación del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (IIAPA). En ese espacio, se destaca la influyente participación del médico Luis Morquio² quien consideró

² Médico, catedrático e investigador. Nació en Montevideo, el 24 de setiembre de 1867, y es considerado una de las figuras más relevantes en la historia del mundo académico uruguayo, por haber sido no sólo maestro de profesores, que formó escuela, sino además el iniciador y propulsor de la obra de protección social a la infancia, y uno de los representantes más destacados de la pediatría latinoamericana de su época. Luis Morquio (1867-1935) fue un destacado docente de la Facultad de Medicina. Tomado del AGU. <http://historiasuniversitarias.edu.uy/biografia/morquio-luis/>

tempranamente la importancia de crear un instituto de carácter internacional, que operara como centro de estudios, acción y difusión de asuntos relacionados con la primera infancia. Según señala Gorlero (1967), la propuesta fue presentada por Morquio en su calidad de presidente de la Sociedad de Pediatría de Uruguay (que había sido creada en 1915), en el Tercer Congreso Americano del Niño, realizado en Río de Janeiro en 1922.

Posteriormente, la iniciativa fue replanteada en varios congresos internacionales donde se fueron tejiendo acuerdos, hasta que el Consejo Nacional de Administración del Uruguay creó el mencionado Instituto, con el nombre de Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, fijándose su sede en la ciudad de Montevideo, en junio de 1927, con la firma de diez países que suscribieron el Acta de fundación.

En su discurso pronunciado en la sesión inaugural del Congreso Internacional de Protección a la Infancia, Morquio (1928: p. 129) afirmaba:

Este siglo, llamado siglo del niño, ha sido testigo de un poderoso movimiento universal de protección a la infancia. Todas las miradas están concentradas en ese pequeño ser, como si se buscara que la humanidad, corrigiendo sus errores y sus faltas pasadas y presentes, aspirara a que el hombre de mañana, por convergencias físicas y morales, llegara a tal perfeccionamiento que significara, no solo un progreso, sino también una garantía para el porvenir de la raza.

El análisis de discursos como el transcrito estaría indicando que la consideración del niño como un ser inacabado, y de la infancia como etapa de transición al mundo adulto, fueron la base para que una serie de dispositivos socioeducativos se implementaran, principalmente a partir de la promulgación del Código del Niño y la creación del Consejo del Niño en 1934 (ORTEGA, 2008; MORÁS, 2012; LEOPOLD, 2014). Morquio también fue integrante de la Comisión designada para la redacción del Código del Niño, promulgado en 1934.

Esos instrumentos legales muestran la orientación eugenésica de las estrategias de prevención que fueron implementadas en Uruguay y que pueden ser rastreadas, también, en la institucionalidad que, en general, fuera construida en torno a la infancia en este período, como puede observarse en las siguientes expresiones de Morquio por ocasión de la creación del Consejo del Niño:

No sólo es grave nuestra alta mortalidad infantil, sino también grande nuestra responsabilidad al dejar sobrevivir organismos empobrecidos física y moralmente, que más tarde se convertirán en detritus sociales y en seres peligrosos, si una regeneración acertada, si una coordinación de medios educativos y preventivos, no interviene eficaz y oportunamente **para**

la defensa de la misma sociedad comprometida, en lo que tiene de más sagrado y más indispensable para el progreso de la raza (resaltado nuestro).

Hacia mediados de la tercera década del siglo XX, ya se encontraba bien establecida una amplia y densa red de saberes, normas, legislación y prácticas, demostrando que la eugenesia

se había institucionalizado. En 1935 ya se podían enumerar sus aplicaciones prácticas: consultorios prenupciales, oficinas y Comisiones de Eugenesia (...). Se mencionaban artículos de la Constitución aprobada en 1934 como realizaciones de esa corriente, entre ellos la 'obligación' de curarse. Se había modificado el Código Penal (1934) a la luz de la eugenesia y se había promovido el Código del Niño (1934) teniendo como meta la protección eugénica a la madre y al niño. Así lo habían comentado sus autores en su participación durante el II Congreso Panamericano de Eugenesia y Homocultura en Buenos Aires (1934). (SAPRIZA, 2001: 131).

De igual manera, debe destacarse el carácter estratégico de la medicalización del espacio escolar para el ideario eugénico. Ese proceso remonta a la creación, en 1908, del Cuerpo Médico Escolar cuyo propósito era estudiar diversos aspectos del funcionamiento de las escuelas bajo los preceptos del higienismo. El carácter eugenésico de ese proyecto institucional puede apreciarse en la presencia del "perfeccionamiento" como idea-fuerza:

la escuela, para el alumno normal, es la síntesis de todas las perfecciones, el punto de donde arrancan todas sus iniciativas, el símbolo al que refieren todas sus impresiones y la unidad con que compara todos sus movimientos psíquicos. Un agente semejante, que ejerce influencia tan decisiva sobre la edad fecunda de las plasticidades creadoras capaces de determinar una personalidad, necesita ser estudiada con minucioso cuidado, pues de ello se derivan incalculables beneficios, si se encuentra la fórmula feliz de su perpetuo perfeccionamiento (PÉREZ, 1915, p. 58 apud CONDE, DARRIGOL, PÁEZ, 2018, p.5).

Entre los cometidos del Cuerpo Médico Escolar, no solo se encuentran aquellos aspectos que refieren a la inspección de las condiciones de los edificios escolares y del cuidado de la salud en esos espacios, sino también a la revisión de los programas y contenidos de la enseñanza primaria, procurando la inclusión de prácticas de higiene y acciones de prevención de enfermedades. En este sentido, en los Anales de Instrucción Pública, en 1907, se afirma que el médico y el maestro deben funcionar en forma simultánea, pues el primero se encargará de la salud del cuerpo y la mente, y el segundo, de la higiene moral del niño (CONDE, DARRIGOL, PÁEZ: 2018, p.10). A partir de esa

división del trabajo, se establecía un sistema de vigilancia y control permanente sobre diversos aspectos del ambiente escolar, tales como distribución espacial, detección de anomalías y enfermedades, medidas todas tendientes a garantizar la preparación “de una población sana, robusta, que enaltezca el sentimiento patriótico.” (CONDE, DARRIGOL, PÁEZ: 2018, p.14).

Una de las propuestas que expresa el tratamiento que se quería dar a la infancia en el periodo mencionado comprende iniciativas vinculadas a la higiene mental. Específicamente, nos referimos a aquellas vinculadas a la creación de un dispensario de higiene mental. Esta propuesta, elevada por el Dr. Carlos Chans Caviglia³ en 1942, previó la organización de un servicio de higiene mental, con distintos componentes. Uno de ellos, justamente, se refiere a la creación de un Consultorio de orientación profesional. Concretamente, se trataba de un servicio de orientación que, mediante una serie de estudios, pretendió guiar a niños y jóvenes en su futuro educativo y laboral “de acuerdo al resultado y armonización del conjunto de examen, antecedentes e informes que determinan la personalidad psicofísica y la personalidad profesional” (1942: 13).

Otra de las áreas en las que la medicina intervino fue la regulación de aquellos comportamientos considerados desviados en la infancia, especialmente los que se encuadraban bajo la expresión *anomalías de la conducta infantil*. El primer elemento por destacar se refiere a la detección de este tipo de conductas. En tal sentido, la asociación del médico con el espacio escolar era vista como esencial: “debe ser, entonces, el cuidado del maestro llamar la atención de los padres sobre esas anomalías”. Luego de la detección se imponía “la necesidad de un estudio integral de la conducta y un inventario todo lo más completo posible de los mismos desórdenes” (RAMÍREZ, 1949: 34).

Fue ese tipo de propósito que inspiró la creación, en 1946, de la Clínica de la Conducta como unidad del Servicio de Sanidad Escolar. Tenía como misión fundamental el tratamiento de niños que manifestaban síntomas de inadaptación al espacio escolar, desarrollando una amplia intervención de índole socioeducativa con las familias. Quien fuera promotor de la creación de este servicio, el médico Juan Carlos Chans Caviglia (1946: p. 13), concebía al niño como “un ser en estado de continua evolución e integración de su personalidad y por lo tanto un ser en estado de desarrollo incompleto”. La finalidad de este servicio era, entonces, “obtener una buena integración de la personalidad y la correspondiente integración de esta personalidad dentro del

³ Médico graduado en la Facultad de Medicina en el año 1936. Se especializó en Psicología y Psiquiatría infantil. Fue integrante de la Liga Nacional contra el alcoholismo y organizador del Congreso Internacional contra el alcoholismo que se llevó a cabo en Montevideo, en 1948.

ambiente social” (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.13) a partir de la observación de los niños:

El examen clínico es completado con los servicios de Sanidad Escolar. El Laboratorio de Psicología realiza los estudios pertinentes sobre nivel mental, actitudes, afectividad y carácter. Se observa al menor en función del ambiente social en su totalidad; se solicita información detallada a las escuelas sobre escolaridad y reacciones del niño y a su vez se aconseja, orienta y trata y se sigue directamente en la clínica sobre el niño y familiares o por medio de la Visitadora en la Escuela o en el hogar (CHANS CAVIGLIA, 1946: p.14).

Como parte de la misma estrategia biopolítica de gestión de la infancia que medicalizó el espacio escolar, el saber médico pasó a colonizar, también, el ámbito familiar, fundamentalmente a través de la medicalización del ejercicio de la maternidad, aspecto que será tratado a continuación.

La medicalización del espacio familiar: el papel eugenésico de la puericultura

De manera general, y especialmente en el caso uruguayo, el eugenismo involucraba una fuerte intervención del Estado en ámbitos estratégicos para la construcción de la ciudadanía, así como de la legalidad y moralidad burguesas. Ese tipo de estrategia se concretizó a la luz del establecimiento de una compleja y duradera articulación entre el Estado y la medicina como profesión, pero también como representante, ésta última, del pensamiento iluminista que aún florecía en ese período (MITJAVILA, 2016).

Ese tipo de intervención estatal apuntó a la familia como objeto privilegiado de las estrategias de protección del patrimonio biológico de la nación. Así, los estrechos vínculos entre medicina y familia, reconocidos como aspecto fundacional de la medicalización de lo social en diversos contextos (DONZELOT, 1986), pueden ser igualmente observados en la sociedad uruguaya de inicios del siglo XX. El ámbito familiar proporcionaba condiciones inmejorables para la intervención directa del Estado en la gestión de los cuerpos que precisamente debían ser modificados, higienizados, disciplinados y perfeccionados.

En ese contexto, la alianza orgánica entre médicos y mujeres constituyó la base de la racionalización de la educación y de los cuidados de los futuros ciudadanos y, al mismo tiempo, resultó en la obtención de importantes beneficios secundarios para ambas partes (DONZELOT, 1986; MITJAVILA, 2016). La relación con el médico y su saber le otorgó a la mujer, sometida al

poder masculino, el papel de divulgadora de valores como resultado de la medicalización del ejercicio de la maternidad.

Sin embargo, las estrategias de medicalización de la maternidad de las primeras décadas del siglo XX parecen haberse inicialmente dirigido a las mujeres de la burguesía, sector que se encontraba más próximo del universo social y cultural de los médicos. Un indicio de la prioridad otorgada a las mujeres de esa condición social se observa en la profusa cantidad y en el tenor de los medios escritos utilizados para divulgar normas de higiene familiar: libros educativos editados por la Sociedad de Medicina y por la Clínica de Menores, además de manuales de economía doméstica de la época. Entre otros asuntos, estos materiales solían tratar temas como el incentivo de la lactancia materna; los maleficios inherentes a las prácticas basadas en las tradiciones familiares como, por ejemplo, el uso del chupete y de recetas caseras; la importancia de morigerar los “excesos” de niños y adolescentes; el fomento de ejercicios físicos y la educación moral de toda la familia (MITJAVILA, 2016).

En contrapartida, como señalara José Pedro Barrán (1993, p. 105), “la desculpabilización de la burguesía corrió paralela con la culpabilización del pobre”. Con efecto, a pesar de la mejoría de las condiciones sanitarias y sociales de la población registradas en este período, se había generalizado la percepción de la pobreza como fuente de peligros para la salud. Ilustran ese tipo de evaluación las palabras del influyente médico Julio E. Bauzá (1920, p. 471-472): “La ignorancia de la mujer de pueblo y los prejuicios constituyen la causa más importante de la mortalidad infantil”. Esa afirmación permite visualizar la presencia de un tipo de modelo etiológico que la medicina contribuyó a instituir, caracterizado por convertir a la pobreza y a la mujer en factores mórbidos o patologizantes en relación a la salud de los otros (varones, niñas/os, ricos), modelo cuya vigencia parece haber sobrevivido lo suficiente como para ser observada todavía en períodos más recientes (MITJAVILA; ETCHEVESTE, 1994; MITJAVILA, 2016).

Uno de los principales componentes de los procesos de medicalización de la maternidad durante las primeras décadas del siglo XX fue la puericultura. En 1908, un médico francés definía ese término de la siguiente manera:

En nuestros días (...) ha nacido una ciencia, la puericultura, que tiene por objeto higienizar la vida de los pequeños abandonados hasta hoy a la ignorancia y la rutina... Su importancia social es considerable porque, asegurando el buen desarrollo del niño, se puede obtener un máximo de rendimiento en el trabajo del adulto. La puericultura debe ser para la mujer la primera de las ciencias, porque se refiere al primero de los deberes. Interesa a todas las clases de la colectividad, se dirige a las obreras que, después de las fatigas del taller, se enfrentan por la noche con las tareas

cotidianas de la casa. Se dirige también a las madres más afortunadas que, en las crecientes obligaciones de su situación, encuentran placeres de la élite: las dulzuras de la beneficencia y las alegrías de la caridad (MERCIER, 1908, p. 116, apud BOLTANSKI, 1974, p. 44).

La puericultura así definida puede ser analizada como instrumento biopolítico dirigido a racionalizar un aspecto de la vida cotidiana que hasta entonces permanecía localizado en el dominio de la vida doméstica y gobernado por las reglas de la tradición y del sentido común. En función de esas características, el nuevo desafío que se le presentaba a la medicina sería conseguir la sustitución de esas normas por los principios morales y las reglas del saber médico. Para alcanzar ese objetivo, sería necesario llevar adelante un verdadero programa de alfabetización higiénica de las mujeres en su rol de madres como sugiere el siguiente trecho de un texto publicado por el médico uruguayo José Amargós:

Indudablemente que se necesitan estudios para ser madre. Primeriza, apenas nacido su hijo, ya vemos a la abuela intervenir en su crianza (...) sus viejas amigas han de colocar calientes cataplasmas de cenizas, ajos o inmundicias análogas sobre el vientre del niño o han de hacer pender de su pescuecito el pequeño saco que contiene los frescos colmillos de la araña, talismán poderoso para que se rompan las encías de los dientes. Mientras tanto, su verdadera madre, ajena a sus deberes, deja morir insensiblemente a su hijo que tanto adora cuando permite tan criminales extravagancias. (AMARGÓS, 1892, p. 56)

En consonancia con ese tipo de perspectiva, las madres no socializadas de acuerdo a los preceptos del saber médico corrían el riesgo de ser consideradas, en sí mismas, como fuentes de peligros considerables para su descendencia y, consecuentemente, para la nación. En esos términos pueden ser interpretadas las expresiones del médico uruguayo Julio Etchepare, cuando se encargó de atribuir a las madres pobres la responsabilidad por eventuales enfermedades e, inclusive, por la muerte de los hijos, ya que privadas "(...) en su mayor parte, de instrucción respecto al modo como debe ser alimentado el niño y a los cuidados que deben prestársele pronto, recurren a una alimentación inadecuada o mal dirigida." (URUGUAY, 125, p. 471).

Como señala Boltanski (1974, p. 41) al analizar la puericultura francesa de fines del siglo XIX,

los médicos pretenden enseñar la puericultura de la misma forma que el cura enseña el catecismo, es debido en primer lugar a que la puericultura es para ellos, al igual que el catecismo para el creyente, una suma de reglas y de dogmas de una verdad entera e indiscutible.

Al formular esa clase de propósitos pedagógicos, el higienismo eugénista diversificó sus formas de intromisión en el espacio familiar. En función del carácter limitado y preciso del repertorio de reglas a ser impuesto, la puericultura se presentaba como un medio adecuado para que la prédica médica se convirtiese en materia de enseñanza también en el ambiente escolar (BOLTANSKI, 1974). De esa forma, las niñas se convirtieron rápidamente en uno de los objetivos primordiales de los discursos dirigidos a modelar las futuras madres. Un texto que tuvo amplia difusión en el medio escolar, publicado en 1911 con el título “Maternología”, muestra la importancia que médicos y docentes le atribuían a la nueva materia:

El instinto maravilloso de que dota la naturaleza a la madre vale mucho, pero está muy lejos de ser suficiente, es necesario saber de qué medios hay que valerse, de qué elementos debe hacerse uso para asegurar, en lo humanamente posible, la subsistencia del ser que tan débil se lanza al mundo. La falta de conocimientos de una parte y de otra, las prácticas viciosas, los consejos ignorantes que desgraciadamente tanto abundan y tanto se practican, arrebatan más vidas que las enfermedades (...) El distinguido especialista uruguayo, doctor Luis Morquio (...) en 1904 dice: **<Perece el niño la mayoría de las veces víctima del prejuicio, de la ignorancia, de la perversidad o del error>**. (LAMAS, 1911, p. 11-12) (resaltado nuestro)

Pero la escuela no fue el único ámbito de propagación de los principios del higienismo y de aplicación de las tecnologías eugénicas. En ese sentido, comenzaba a ganar terreno la percepción de que las técnicas de higienización del espacio familiar deberían variar de acuerdo con la clase social de la población objetivo. En ese sentido, las mujeres de los sectores populares representaban un peligro considerablemente mayor para la descendencia en comparación con las madres de las clases superiores. En sintonía con ese tipo de comprensión, Luis Morquio (1917, p. 178) afirmaba:

En el medio obrero y trabajador, las madres se acuerdan de que tienen que dar de mamar a sus hijos, cuando éstos lo solicitan a su manera; le dan el pecho hasta saciarse y lo abandonan nuevamente (...). Aquí nada de balanza, ni de reloj, ni de preocupaciones sobre si el niño toma mucho o poco (...). En los medios acomodados, los hechos varían profundamente (...) se mira permanentemente al niño, se vive en la preocupación de la lactancia, se observa minuciosamente el pañal para interpretar las particularidades de las materias fecales, se está bajo la influencia del reloj (...) del termómetro y de la balanza.

Ese tipo de diagnóstico se convirtió en el principal argumento para justificar la creación de un complejo sistema de tutela que articuló intereses

estatales y del cuerpo médico. Ese sistema presentaba dos características que dejarían sus marcas en los posteriores procesos de medicalización de la vida social de los pobres en contextos urbanos: (i) la imposición de la asistencia médica, aún contra la voluntad de los asistidos, e (ii) el desarrollo de mecanismos de vigilancia y castigo-recompensa que aquella imposición permitía materializar, habilitando al médico para arbitrar la concesión o no de beneficios sociales, de acuerdo con el cumplimiento materno de los preceptos médicos (MITJAVILA, 2016).

Entre las obligaciones de carácter patriótico y de obediencia al poder patriarcal que la medicina de inicios del siglo XX pretendía imponer a las mujeres, fundamentalmente a las mujeres en situación de pobreza, se destacaba el amamantamiento. Esa práctica era incentivada por dos razones. En primer lugar, para la medicina de la época, la madre que amamantaba podía asegurar la continuidad de la especie. La lactancia materna se transformó rápidamente en un derecho del niño y una obligación de la madre, ya que “cuanto más corto es el tiempo de la alimentación materna, crece más la mortalidad infantil” (MOLA 1932, p. 43). En segundo lugar, la promoción del amamantamiento materno contribuyó para justificar el confinamiento doméstico de las mujeres. Eso podía ser observado en los argumentos a favor del disciplinamiento de las prácticas de lactancia en el ámbito de la medicina francesa, principal referencia del pensamiento erudito en el Uruguay:

Desde el día en que, impulsada por el estímulo de las ganancias elevadas y la rarefacción del trabajo a domicilio, la mujer ha debido abandonar su hogar para trabajar afuera, ha aparecido **el gran peligro que esas prácticas hacían correr a la raza, (pues comprometen) gravemente para ella la función de la reproducción y acrecen los abandonos de niños y la mortalidad infantil (por) los amamantamientos artificiales.** (El Socialista, apud BARRÁN, 1995, p. 98). (resaltado nuestro).

Por último, debe recordarse que ese tipo de estrategia de la higienización del espacio familiar contó con otros agentes institucionales que colaboraban con el trabajo de los médicos, entre los cuales cabe mencionar a las visitadoras sociales que actuaban en las policlínicas de salud mental, dependientes del Ministerio de Salud Pública.⁴ El trabajo que ellas debían desarrollar, siempre bajo supervisión de los médicos, sirve para ilustrar el alcance de las medidas higiénicas que se aplicaban al ámbito familiar, dirigidas, fundamentalmente, a la vigilancia de las reglas de moralidad del hogar. Al respecto,

⁴ En 1942 funcionaban en Montevideo, ocho policlínicas de Higiene Mental localizadas en los hospitales Vilardebó, Pasteur, Pereira Rossell, en el Dispensario del Cerro, en la Cruz Roja y en la Liga Nacional contra el Alcoholismo.

Chans Caviglia (1942: p. 5) sostenía que la observación del espacio familiar debía ser el primer paso para desplegar, posteriormente, las medidas educativas. En tal sentido,

cada habitación es un mundo repleto de problemas [...] familiares con poca información de sus hijos, conflictos ambientales y legales, hogares mal constituidos, abandono moral, miseria, vicio, explotación, en una palabra, infinidad de males sociales que trastornan hogares enteros, quebrantando la moral y alterando la afectividad, creando complejos afectivos, pervirtiendo los menores, siendo en estos casos imprescindible una severa aplicación de estrictas medidas sociales y médicas.

De esa manera, la visitadora pasa a proporcionar a las familias “medidas de higiene moral, mental y física” así como realizar una vigilancia de la instrucción escolar. Como parte de sus funciones, la visitadora mantiene “un estrecho contacto entre maestros y familiares, estimula la asistencia y hace comprender dentro del hogar los males que causa el analfabetismo” (CHANS CAVIGLIA. 1942, p.5).

Consideraciones finales

La gestión biopolítica de la infancia ocupó un espacio destacado en los discursos y prácticas del eugenismo uruguayo de la primera mitad del siglo XX. En términos doctrinarios, ese movimiento presenta algunas singularidades que derivan de la propia estructura demográfica y social del Uruguay, caracterizada por el reducido tamaño de su población y por un tipo de comportamiento reproductivo que a principios del siglo ya se asomaba como una amenaza a la propia existencia de su base poblacional.

Parece razonable preguntarse si, bajo esas condiciones, el problema del estancamiento de las tasas de mortalidad infantil –en un país que, en el contexto de la región, presentaba ventajas comparativas en materia de políticas de protección social - habría operado como principal elemento propulsor de la orientación eugenésica de buena parte de las respuestas sociopolíticas al problema de infancia en el Uruguay.

Las escasas evidencias disponibles sugieren una respuesta afirmativa. Los resultados de investigación aquí presentados muestran que el eugenismo uruguayo de inicios del siglo XX se caracteriza por la ausencia de argumentaciones basadas en la raza como factor capaz de afectar negativamente la composición de la población, conclusión análoga a la que recientemente llegamos en una investigación sobre la medicalización del crimen en la sociedad uruguaya (ORTEGA; MITJAVILA; BELTRÁN, 2021).

Eso no significa, sin embargo, desconocer la importancia que históricamente tienen las desigualdades étnico-raciales en el Uruguay (CABELLA; NATHAN. 2014). Al contrario, algunas de esas desigualdades, que afectan mayoritariamente a los grupos de población negra e indígena, posiblemente se presentaron, a los ojos de los eugenistas, como parte de una categoría socialmente más numerosa y, consecuentemente, portadora de una peligrosidad social de mayor alcance: los pobres. En todo caso, la ausencia de elementos compatibles con el racismo científico podría, en parte, responder a una especie de “racismo de segundo grado” que resultaría de la recodificación de desigualdades étnico-raciales en términos de desigualdades socioeconómicas. En ese sentido, la ausencia de problematizaciones de tenor esencialista (las razas inferiores) en torno a la raza pareciera ser mejor explicada por una “economía del poder” en el sentido foucaultiano de esa expresión: el biopoder debe su éxito a la medida en que es capaz de ocultar sus mecanismos (MITJAVILA, 1994; 1996).

El eugenismo uruguayo se inscribió en el amplio espacio científico y político del higienismo, básicamente por, al menos, dos clases de razones. Primero, las ideas higienistas encontraron un terreno fértil para prosperar en una sociedad que, como fuera señalado en este capítulo, a comienzos del siglo XX ya se encontraba fuertemente secularizada y medicalizada, como resultado de la recepción positiva de los principios del iluminismo, de la razón científica y, en particular, del saber médico entre sus élites, incluyendo entre estas últimas a las autoridades eclesásticas. Segundo, las tres décadas de dominio del Batllismo crearon condiciones favorables para el desarrollo de ideas y prácticas de cuño higienista tales como la apuesta a una fuerte intervención del Estado en la economía y en la sociedad y el desarrollo de una profusa legislación dirigida a la protección social y a la ampliación de la ciudadanía.

Ese contexto favorable al desarrollo del higienismo, fundamentalmente al posibilitar, tanto en términos materiales como simbólicos, que el futuro del país se construyese a través de múltiples formas de mejoramiento artificial de la población como resultado de la influencia positiva de las condiciones ambientales. De esa forma, el eugenismo de la época encontró en la higiene del ambiente físico y en la medicalización de la pobreza sus principales focos de intervención.

La relevancia biopolítica que la infancia adquirió en la sociedad uruguaya de inicios del siglo XX se encuentra estrechamente asociada al ideario y a las prácticas de ese eugenismo higienista. Al respecto, como fuera analizado a lo largo de este capítulo, debe destacarse que el papel rector de la medicina en la gestión de las estrategias eugenésicas pudo verse materializado,

entre otros aspectos, gracias a la posición que médicos destacados de la época pasaron a ocupar en lugares de decisión del sistema político, principalmente en asuntos relativos a la salud y a la protección social, en particular, de la infancia. La profesión médica también tuvo una participación decisiva en los procesos de creación de la legislación y del entramado institucional que se diagramó en ese período con el objetivo de mejorar las condiciones de vida y salud de la población infantil. De cierta forma, podría decirse que la promulgación del Código del Niño de 1934, así como la creación del Consejo del Niño, fue el resultado, en gran medida, del ejercicio del poder médico en la vida de la sociedad uruguaya.

La intervención eugenésica sobre la infancia convirtió a la escuela en uno de sus espacios más neurálgicos. En asociación con otras disciplinas, la medicina desplegó un conjunto de medidas para educar y moralizar al niño y su familia, bajo la consigna eugenésica del *perfeccionamiento* físico y moral de aquellos que, en un futuro próximo, integrarían una población uruguaya “mejorada”.

Por último, la medicalización del ejercicio de la maternidad, basada en la “alfabetización sanitaria” de las mujeres y de las niñas consideradas como futuras madres, también se convirtió en una dimensión estratégica del tratamiento eugenésico del cual fue objeto la infancia en la sociedad uruguaya de ese periodo. El disciplinamiento higiénico y la moralización de las prácticas de crianza de la prole se dirigían con especial ahínco a las mujeres de los sectores populares. Si el eugenismo como estrategia biopolítica tendió a desaparecer, no puede decirse exactamente lo mismo de muchos de sus dispositivos y prácticas que aún mantienen cierta vigencia y que, debido a eso, representan un desafío para reflexionar sobre el espacio de la infancia en la contemporaneidad.

REFERENCIAS

AMARGÓS, José Rodolfo. **La mortalidad en Montevideo**. Montevideo, Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1892.

BARRÁN, José Pedro. **Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres**. Montevideo: Banda Oriental, 1993.

BARRÁN, José Pedro. **Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900. 3. La invención del cuerpo**. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1995.

BARRÁN, José Pedro. **Historia de la sensibilidad en el Uruguay**. 26ª ed. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 2019.

BAUZÁ, Julio. La mortalidad infantil en el Uruguay. **Boletín del Consejo Nacional de Higiene**. Montevideo, 1920.

BIRN, Anne Emanuelle; POLLERO, Raquel; CABELLA, WANDA. 2003 no se debe llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900 – 1940. **Estudios Interdisciplinarios de América latina y el Caribe**. vol. 14, nº 1, enero - julio, 2003.

BOLTANSKI, Luc. **Puericultura y moral de clase**. Barcelona: Editorial Laia, 1974.

CAETANO, Gerardo; RILLA, José. **Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al siglo XXI**. Colección CLAEH, 2a ed. Montevideo: Editorial Fin de siglo, 2016.

CABELLA, Wanda; NATHAN, Mathias. **Iguales y diferentes. La composición de la población uruguaya desde la perspectiva étnico-racial**. Montevideo, IMPO, Comisión del Bicentenario (2013-2014), 2014.

CONDE, Stefanía; DARRIGOL, María; PÁEZ, Silvina. Configuración del Cuerpo Médico Escolar en Uruguay (1903-1915). **Didáskomai - Revista del Instituto de Educación**, [S.l.], n. 9, feb. 2019. Disponible en: <http://didaskomai.fhuce.edu.uy/index.php/didaskomai/article/view/45>.

CHANS CAVIGLIA, Juan Carlos. Funciones de la clínica de la conducta. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, 11(63), 1946.

CHANS CAVIGLIA, Juan Carlos. Consideraciones sobre la función de las visitadoras en las policlínicas de higiene mental. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, año VII, n.38 marzo-abril, 1942.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal,1986.

GORLERO BACIGALUPI, Ruben. Biografía de Luis Morquio. **Apartado del Boletín del Instituto Interamericano del Niño**, Tomo XLI, n. 1, Montevideo, 1967.

LAMAS, Andrés. **Maternología**. Montevideo, Barreiro y Ramos,1911.

LEOPOLD, Sandra. **Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y crítica**. Montevideo: CSIC, 2014.

MERCIER, Raoul. **Conférences d'hygiène et de puériculture**. Paris, Ed. Poinat, 1908.

MITJAVILA, Myriam. El saber médico y la construcción social de la familia en el Uruguay: del mesianismo moralizador a la gestión de los riesgos. In: Krmpotic, Claudia. (Org.). **La protección social sin Estado: de la hospitalidad a la asistencia social**. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2016, v. 1, p. 151-171.

MITJAVILA, Myriam. Corpo, Poder, Saber. **Escritos**, São Paulo, 1994. p. 61-71.

MITJAVILA, Myriam. Individuo, saber y modernidad: una comparación de enfoques. **Anuario de Ciencias Sociales**. Montevideo, 1996, p. 18-25.

MITJAVILA, Myriam; ECHEVESTÉ, Laura. Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade. In: Albertina de Oliveira Costa; Tina Amado. (org.).

Alternativas Escasas. Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina. São Paulo, Fundação Carlos Chagas / Editora 34, 1994, p. 283-300.

MOLA, Américo. **Manual de higiene infantil y puericultura.** Montevideo, Impr. Uruguaya, 1932

MORÁS, Luis Eduardo. **Los hijos del Estado. Fundación y crisis del modelo de protección - control de menores en Uruguay.** Montevideo: SERPAJ, 2012.

MORQUIO, Luis. **Causas de la mortalidad de la primera infancia. Medios de reducirla.** Informe presentado al 2º congreso médico latinoamericano celebrado en Buenos Aires en abril de 1904, Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1917.

MORQUIO, Luis. Congreso Internacional de Protección a la Infancia. **Boletín del Instituto Internacional Americano del Niño.** Montevideo: Palacio del Ateneo, Tomo 2 N° 2. Octubre de 1928, p.129.

ORTEGA, Elizabeth. **El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatlista.** Montevideo: Trilce, 2008.

ORTEGA, E, BELTRÁN, M J, & MITJAVILA, M. Eugenics and medicalization of crime at the early 20th century in Uruguay. **Saúde e Sociedade**, 354-366, 27(2), 2018.

PELLEGRINO, Adela; CABELLA, WANDA; PAREDES, Mariana; POLLERO, Raquel; VARELA, Carmen. De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX. En **Departamento de Sociología, El Uruguay del siglo XX. La sociedad.** Colección dirigida por Benjamín Nahum. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 2008.

RAMIREZ, Fortunato. Anomalías de la conducta infantil. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 4(80), 1949.

SANS, Mónica. "Raza", adscripción étnica y genética en Uruguay. **Runa**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 30, n. 2, p. 163-174, dic. 2009. Disponible em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96282009000200005&lng=es&nrm=iso. Accedido em: 25 oct. 2021.

SAPRIZA, Graciela. **La utopía eugenista: raza, sexo y género en las políticas de población en Uruguay (1920-1945).** Tesis (Maestría en Ciencias Humanas) Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Montevideo, 2001.

SARALEGUI, José. **Historia de la sanidad internacional.** Montevideo. Imprenta Nacional-MSP. División Higiene. Departamento de Educación Sanitaria y Sanidad Internacional, 1958.

STEPAN, Nancy. **A Hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

DOS LABORATORIOS DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL EN COLOMBIA: SECCIÓN DE MEDICINA PEDAGÓGICA Y ORIENTACIÓN PROFESIONAL Y SECCIÓN DE PSICOTECNIA (1932-1947)

Erika Giraldo

Introducción

Este capítulo busca mostrar como con la creación de la Sección de Medicina Pedagógica y Orientación Profesional adscrita a la Universidad de Antioquia y de la Sección de Psicotecnia de la Universidad Nacional de Colombia, se insertó y consolida la psicología en el país, a partir de la introducción de la psicotecnia como disciplina experimental y de la clasificación de los sujetos por medio de la aplicación de test y pruebas psicométricas. Estas instituciones aparecen como parte del proceso de medicalización de las sociedades occidentales en plena expansión del poder médico en la primera mitad del siglo XX. El periodo de la investigación va desde 1932, momento en el que se crea la Sección en la Universidad de Antioquia y la creación en 1947 del Instituto de psicología aplicada con el que se ampliaron los servicios de la Sección de Psicotecnia en la Universidad Nacional de Colombia creada en 1939. Estos laboratorios tienen algunos puntos en común que serán analizados en este capítulo. La metodología utilizada fue la búsqueda, selección y lectura mediante crítica histórica de fuentes de archivo.¹

¹ Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en el XIX Congreso Colombiano de Historia. 2019. La revisión de este trabajo se ha realizado en el marco del Proyecto PGC2018-098333-B-100 financiado por FONDOS FEDER / Ministerios de Ciencia e Innovación y la Agencia Estatal de Investigación (España).

Según la historiografía consultada en 1894 en la Universidad de Leipzig en Alemania, se fundó el laboratorio de psicología experimental que dio origen formal al nacimiento de esta disciplina. La creación de este laboratorio se le atribuye al profesor Wilhelm Wundt (1832-1920) y sus dos estudiantes Max Friedrich (1873-1967) y G. Stanley Hall (1844-1924) (BORING, 1978). El laboratorio se creó buscando que Friedrich recolectara información para su disertación doctoral enfocada en una serie de experimentos psicológicos sobre la duración de la percepción. (GUTIÉRREZ, 2003).

Para el caso colombiano, como bien lo han reseñado varios investigadores, la Sección de Psicotecnia, que años después dio origen al Instituto de Psicología Aplicada adscrito a la Universidad Nacional de Colombia, marcó un hito fundacional en cuanto a la profesionalización de la carrera de psicología en el país. Existen numerosos artículos escritos por investigadores como Rubén Ardila (ARDILA, 1976, 1999), y trabajos más recientes como el de María Elvia Domínguez Blanco sobre esta institución (DOMINGUEZ, 2017). Sin embargo, poco se ha escrito sobre la Sección de Medicina Pedagógica y Orientación Profesional, en adelante (SMPOP), adscrita a la Universidad de Antioquia, fundada algunos años antes de la Sección de psicotecnia de la Universidad Nacional de Colombia. Este acontecimiento llama la atención ya que es a principios de la década de 1930 que se creó y empezó a funcionar de manera formal. Investigadores como Alexander Yarza (YARZA, 2011), Saenz, Saldarriaga y Ospina (SAENZ et. al, 1997) y Bibiana Sierra (SIERRA, 2014) han realizado menciones a esta institución en varios trabajos. Este capítulo busca hacer un recorrido histórico por estos dos establecimientos teniendo en cuenta sus puntos en común y algunas diferencias. También busca mostrar el papel relevante que tuvieron dos personas vinculadas a estas instituciones: Mercedes Rodrigo Bellido y Eduardo Vasco Gutiérrez.

La hipótesis de este trabajo es que, por medio de la SMPOP y la Sección de Psicotecnia, se introduce y consolida la psicología en el país, a partir de la incorporación de la psicotecnia como disciplina experimental. Este acontecimiento es relevante ya que a comienzos del siglo XX había un objetivo común promulgado por el estado, atender las necesidades de evaluar las capacidades de la educación, la economía, la salud y la política (DOMINGUEZ, 2017). Este contexto propició el surgimiento de disciplinas psico-médicas cuyo objetivo, entre otros, fue medir la inteligencia, personalidad y aptitudes de los individuos para aplicar estrategias de acuerdo con las necesidades de cada uno y ubicarlos en labores acordes con sus capacidades físicas e intelectuales. En ese sentido es de resaltar la importancia de disciplinas como la psicometría está asociada a la construcción de pruebas con instrumentos de medición de grupos, también se relaciona con aspectos cuantitativos que se

apoyan en estadísticas, por lo que se vuelve relevante para el cumplimiento de los objetivos planteados dentro del proyecto liberal del Estado-nación (HERNANDEZ et. al, 2003). La aplicación de herramientas utilizadas por Mercedes Rodrigo Bellido y Eduardo Vasco Gutiérrez en los laboratorios de psicología experimental de los que formaban parte, los ubicaba a la orden del día a nivel mundial, ya que, en varios lugares se encontraban en auge estas técnicas y se estaban realizando innovaciones acordes con la idiosincrasia de cada territorio.

En ese sentido, en primer lugar, se realiza un breve recorrido por la historia personal y académica de Eduardo Vasco Gutiérrez y Mercedes Rodrigo, quienes estuvieron frente al proyectos de psicología experimental en las instituciones de las que hacían parte. En segundo lugar, se hace un recorrido por Sección de Psicotecnia y el Instituto de Psicología Aplicada. Por último, se presentan consideraciones finales.

Mercedes Rodrigo Bellido y Eduardo Vasco Gutiérrez: la aplicación de métodos psicopedagógicos en laboratorios de psicología experimental en Colombia

La historia de los laboratorios de psicología experimental en Colombia está ligada al trabajo de personas que fueron pioneras en el uso de métodos médicos, psicopedagógicos y experimentales para la atención de la población escolarizada. Ante la necesidad evidente de la creación de instituciones que tuvieran como objetivo la clasificación y la aplicación de saberes como la psicotecnia y la psicología experimental, años antes de la aparición de los laboratorios, ya se había hecho en el país otros esfuerzos encaminados al mejoramiento psicológico de las condiciones de vida de los individuos, caso por ejemplo, de Luis López de Mesa (1884-1967) “a quién se atribuye la asimilación de las ideas de Kraepelin en Colombia, para el ejercicio de una psiquiatría clínica, luego de especializarse en Psicología experimental y Psiquiatría en Harvard, en 1917”, fue el primero en aplicar pruebas de inteligencia basada en los test de Alfred Binet en la década de 1920 en Medellín a un grupo de niños indigentes, según Gutiérrez, la psicotecnia fue el principal recurso de intervención de la higiene mental y fue una bisagra que desplegó cruces entre la psicología, la psiquiatría, la pedagogía y la puericultura (GUTIÉRREZ, 2019). También hay evidencias de las pruebas realizadas por los Terciarios Capuchinos en 1929 en el asilo San Antonio a jóvenes huérfanos o sin hogar, las pruebas de medición mental y antropométrica en la Escuela Normal Central de Institutores de Bogotá en 1924 (SIERRA, 2014) y de estudios sobre el desarrollo mental de los niños en 1937 en el Instituto de Psicología Experimental adjunto a la Escuela Normal Superior (PEÑA, 1993).

Es en el proceso del desarrollo de la psicología moderna en España donde aparece Mercedes Rodrigo, directora del Instituto de Psicología Aplicada y Psicotecnia de Madrid durante la Guerra Civil Española de la década de 1930 en ese país. Vivió entre 1891-1982. Se graduó en la Escuela Normal Superior de Maestras de Madrid. Después de su graduación se dedicó a trabajar en la enseñanza de sordomudos y ciegos, hasta que se le otorgó una beca de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, para cursar estudios superiores de psicología y pedagogía en el Instituto Jean-Jacques Rousseau de Ginebra, dirigido en aquel entonces por Édouard Claparède (1873-1940), considerado el fundador de la psicotecnia en Europa. "El programa de estudios que seguían estos estudiantes incluía la psicología y pedagogía experimentales, la orientación profesional, la educación moral, de "anormales", las metodologías de investigación psicológica y el psicoanálisis educativo" (HERRERO, 2003).

Mercedes Rodrigo también colaboró con Claparède y Piaget en la enseñanza de anormales en la *Maison des Petits*. Tras varios años de trabajo en Europa, en 1939 llega exiliada a Colombia como consecuencia de la guerra en España. Para ese entonces el país no había logrado consolidar una carrera de psicología y por el contrario y según lo expresa Ardila, la psicología colombiana y su desarrollo científico estaba anclada en orientaciones eclécticas e idealistas al igual que en otros países americanos (HERRERO, 2003). Rodrigo llegó en primer lugar a la Universidad Nacional de Colombia invitada por el rector con el fin de organizar una sección de psicotecnia para la selección de candidatos a ingresar a la Facultad de Medicina. Gracias al impacto de este servicio, en 1947, la Universidad Nacional decidió convertir la Sección en el Instituto de Psicología Aplicada con seis secciones: infancia y adolescencia, universitaria, investigación, psicomédica y de enseñanza (HERRERO, 2003). Este instituto sería el precursor de la Facultad de Psicología, carrera fundada en 1948. En 1950 Rodrigo fue nuevamente exiliada, esta vez en Puerto Rico, a causa del ascenso al poder del Partido Conservador en Colombia que, en medio de la crisis en el país, decidió culpar a los "comunistas" de la situación política y social, categoría que incluía, entre otros, a los exiliados de la república española (HERRERO, 2003). Solo regresó a Colombia en 1971 para recibir el Premio Nacional de Psicología de la Federación Colombiana de Psicología, reconocimiento que se le otorgó por su trabajo como psicóloga y pedagoga en el territorio colombiano.

Por su parte, Eduardo Vasco Gutiérrez, vivió entre 1894 y 1982 fue un médico colombiano interesado por los problemas psicopedagógicos de la infancia. Realizó sus estudios de secundaria en el Liceo de la Universidad de Antioquia y de medicina en la misma universidad. Se graduó 1925 con su tesis

“Espiroquetosis cutánea y su tratamiento” (GIRALDO, 2018). En 1930 viajó a Europa y realizó varios cursos con Claparède, Piaget, Vermeylen y Binet, maestros de psicología experimental y psicopedagogía de la época. En 1932 regresó a Colombia con su título de Consejero en Orientación Profesional y Psicotecnia, concedido por el Instituto Jean-Jacques Rousseau de Bruselas. En esa misma década se creó la SMPOP, que funcionaba como laboratorio de psicología experimental, lugar en el que trabajó durante varios años, creó el Centro de Higiene Física y Mental y años después trabajó en las colonias de vacaciones, las escuelas para niños de educación difícil y el Instituto Médico Pedagógico. En estas instituciones realizó un despliegue de lo que había aprendido mientras realizaba su especialización en temas como la psicología experimental y la psicopedagogía (GIRALDO, 2018).

Tanto Mercedes Rodrigo como Eduardo Vasco cumplieron una función pionera con la creación y el trabajo realizado en estos laboratorios de psicología experimental, instituciones que fueron muy importantes para la consolidación de la educación en Colombia y que sirvieron como ejemplo para la creación de otras instituciones similares, teniendo a los laboratorios como modelos. Sus historias intelectuales encuentran varias cuestiones en común, la primera de ellos fue el interés de ambos por el estudio de los “anormales” y la educación que se les debía impartir a partir del uso de herramientas médico-pedagógicas y psicobiológicas. Otro punto en común fue la especialización realizada en el Instituto de Altos Estudios con Claparède y los especialistas en psicología experimental y psicopedagogía. La tercera cuestión consistió en la aplicación de test de medición a los estudiantes del Liceo Antioqueño adscritos a la Universidad de Antioquia y el Instituto de Psicología de la Universidad Nacional. Por último, compartieron la preocupación por crear espacio científico para mejorar las condiciones de vida de las personas desde disciplinas encargadas de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Se reconoce, además, el aporte a la profesionalización de la psicología en el país, principalmente por la creación de la primera carrera en la Universidad Nacional de Colombia.

Dos laboratorios de psicología experimental en Colombia

La SMPOP fue creada en el mes de junio de 1932 y fue encomendada por el rector de la Universidad de Antioquia al Dr. Eduardo Vasco Gutiérrez, para atender a los estudiantes del Liceo de la Universidad. En el primer informe de actividades bajo este cargo, Vasco mostró la lentitud con la que se desarrollaba este servicio debido a diversas circunstancias, quizá en la que más hacia énfasis el médico era el hecho de ser pionero en Colombia, lo que

generaba según él, una “desconfianza natural” que inspiraba toda innovación, así fuera benéfica para la comunidad. Señala que el Laboratorio de Psicología Experimental de la Universidad de Antioquia presentaba deficiencias y era anticuado, por lo que advertía la necesidad de modernizarlo con aparatos que pudieran optimizar el desarrollo de las investigaciones y trabajos que allí se llevaban a cabo (VASCO, 1933). Para Foucault, “el examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder.” (FOUCAULT, 1978).

Según Yarza, el trabajo de médicos como Vasco en la SMPOP se debe a una necesidad de la época de crear escuelas científicamente estructuradas, donde se pudieran diagnosticar y se hicieran tratamientos basados en ciencias experimentales como la psicobiología y la psicología experimental con el fin de interrogar los retrasos y las anomalías de los alumnos en la escuela (YARZA, 2011).

En la década de 1930 se comenzaba apenas a aplicar en la educación de niños y jóvenes innovaciones provenientes de estas disciplinas en boga en Estados Unidos y en Europa. Estas exigían prácticas experimentales como el uso de test y pruebas de inteligencia, así como la instalación de laboratorios. En esta materia, el país se hallaba todavía en los primeros pasos. Pese a esto, el médico aludió a la comprensión, por parte de estudiantes y docentes, de la necesidad del funcionamiento de la SMPOP.

Algunos de los servicios que prestaba la Sección eran los siguientes: exámenes de los órganos de los sentidos, que servían para detectar las causas del mal rendimiento de algunos alumnos; exámenes de orientación profesional; examen físico completo de las medidas antropológicas; examen clínico y examen mental. Además, se consultaba al director del Liceo de la Universidad de Antioquia sobre aspectos como las reglas de higiene o los ejercicios de gimnasia. La Sección servía asimismo como intermediaria entre superiores, alumnos y familias para de esta manera intentar resolver sus dificultades.

La SMPOP se dedicó además a prescribir régimen y tratamiento médico a varios alumnos que lo solicitaron y a realizar reuniones con los profesores para tratar los casos difíciles. También logró, inspirado en tests de otros países, consolidar dos pruebas de examen global de inteligencia, que permitieron, establecer una medianía de madurez intelectual para todo alumno que aspirara a ingresar a la Universidad de Antioquia (VASCO, 1933). Sáenz, Saldarriaga y Ospina señalan que para la época era muy importante que los conocimientos sobre los niños se obtuvieran por medio de test de medición cuantitativa con el objetivo de realizar una clasificación rigurosa. En cuanto

al examen físico, este buscaba diferenciar al niño sano del enfermo, al igual que la observación del niño en situación de libertad tenían el objetivo de conocer sus inclinaciones afectivas, sociales y éticas para diagnosticarlo, tratarlo y detectar anomalías, debilidad o enfermedad en su carácter (SAENZ et. al, 1997).

Uno de los logros más representativos de la SMPOP fue el control sobre la ficha médica que servía de norma para el certificado de buena salud que los estudiantes debían presentar al matricularse (VASCO, 1933).

En 1934, se rindió un nuevo informe sobre el funcionamiento de la SMPOP durante 1933, allí se exaltaban los avances del año, que permitieron poner a la institución a la orden del día en cuanto a tratamientos psicopedagógicos. Para este año se elaboró un modelo para el certificado médico que exigía la Universidad de Antioquia como requisito de ingreso. Con la ficha creada para este fin se obligaba al médico a hacer un examen detallado de cada aspirante y valorar así su estado general. Este examen también sirvió para vigilar las inferioridades orgánicas de cada futuro estudiante y poder hacer seguimiento de sus necesidades y capacidades (VASCO, 1934).

En 1933 por ejemplo, se realizaron exámenes físicos y mentales a todo aspirante a ingresar a la institución. Se intentaba mediante estas pruebas preliminares conocer y hacer una exploración global de su madurez intelectual. Estas pruebas se acompañaban de un examen de aritmética, lenguaje y ortografía, además del examen médico, que proporcionaba información sobre sus capacidades físicas. Los resultados combinados de la prueba mental y la prueba de conocimientos servían para determinar cuáles aspirantes se convertirían en estudiantes y cuáles eran sus características al momento de ingresar a la institución. La realización de estos exámenes sirvió para efectuar una observación cuidadosa durante los cuatro años siguientes, a aquellos alumnos que ingresaban al Liceo (VASCO, 1934).

Señalaba Vasco que el 85 % de los estudiantes que ingresaron al Liceo en 1933 eran mayores de 14 años y fueron clasificados como “retardados pedagógicos”, lo que significaba que su edad escolar era inferior a la edad cronológica. Vasco aclaró que este retardo podía obedecer a causas como, por ejemplo, el ingreso muy tardío a la escuela primaria o el cambiar muy a menudo de casa o de maestro. También, se encontraron dentro de los individuos clasificados por medio de estas pruebas, los deficientes de vista y oído, los desnutridos e “inferiorizados orgánicos” y los “insuficientes glandulares”, también acudían al Liceo, estudiantes que habían tenido dificultades en otros colegios y un número considerable de “débiles mentales” y “desequilibrados afectivos” (VASCO, 1934).

Las cifras expuestas por el médico en su informe dan cuenta de las condiciones en las que ingresaban los alumnos al Liceo de la Universidad y los problemas psicopedagógicos que enfrentaban antes de encontrarse con una institución con estas características que buscara ayudar a mejorar sus condiciones de vida trabajando desde el conocimiento de sus limitaciones. Según Vasco Gutiérrez la mayoría de ellos presentaban algún tipo de anormalidad que no les permitía ir al ritmo de las escuelas para “niños normales”.

Respecto a la edad de ingreso a la escuela, Eduardo Vasco hacía alusión al hecho de que, cuanto más tarde se ingresaba al establecimiento, mucho mayor era el número de fracasos, es por lo que en varias ocasiones el médico insiste en la necesidad de crear una escuela de artes y oficios anexa a la Universidad de Antioquia para que este grupo de “desadaptados sociales” tuviera una oportunidad de adquirir una herramienta para hacerse a una vida productiva (VASCO, 1934). Para ese mismo semestre Vasco realizó la selección de 114 alumnos del primer año a los que les abrió una libreta de observación y seguimiento para los siguientes cuatro años. En ella anotó los datos antropológicos, el resultado de los exámenes de entrada y el rendimiento general durante el primer semestre. En el segundo semestre se ordenó el examen mental de cada uno, se verificarían de nuevo los datos antropológicos y se observaría con cuidado el número de horas de ausencia durante el año y las materias no aprobadas (VASCO, 1934).

La ficha elaborada durante el tiempo de permanencia del alumno en el Liceo tenía como objetivo recoger datos como la edad, el año que entraba a cursar, el colegio de donde iba, un examen de entrada sobre conocimientos, ortografía, lenguaje y aritmética, un examen médico que daba cuenta del estado de su salud y de algunos antecedentes personales y familiares. Al ingreso a la institución se realizaba una ficha con datos psicofisiológicos y un examen de madurez intelectual el último año se realizaba un examen de orientación profesional que tenía como fin que los estudiantes pudieran elegir su carrera u oficio, teniendo en cuenta sus posibilidades fisiológicas e intelectuales. Para ello se hacía un seguimiento de la ficha y se enviaba una circular a varios profesionales, solicitando responder un cuestionario sobre su carrera y cómo había sido su proceso de elección. Dentro del examen de orientación profesional se tenía en cuenta la inteligencia general y especial, el trabajo escolar, el estado de su salud, las posibilidades familiares y contraindicaciones de cada alumno.

También, se efectuaron exámenes de madurez intelectual para optimizar el tratamiento de cada estudiante. De los 114 matriculados en 1933, según el informe presentado por Vasco, solamente 83 llegaron a la etapa del examen de madurez. Los otros 31 se habían retirado en el transcurso del año,

por enfermedad o por otras causas ajenas a su voluntad, y otros por haber reprobado o por su gran ausentismo (VASCO, 1934). La medianía para la medición de estos alumnos se sacaba, según el médico, de la medida de los datos antropométricos con la aplicación de una fórmula estructurada y comprobada por varios autores entre ellos Montessori, quien en su libro *Antropología pedagógica* señala la relación fisiológica entre la talla y el peso de un individuo, Vasco realizó una adaptación ya que, según él, las condiciones de Colombia variaban en relación a Europa por las características propias del medio y según las edades que permanecen estables en los jóvenes. Vasco insiste en la importancia de los laboratorios de psicología experimental en las universidades, ya que, servía como apoyo para los profesores y alumnos y para su desarrollo académico y personal. Dentro de las funciones de la Sección se realizaron conferencias con padres de familia sobre varios temas relacionados con la psicología del niño. Además, se hicieron trabajos en los barrios de la ciudad y en los Liceos Pedagógicos. El funcionamiento de este laboratorio es relevante porque se trata de prácticas en psicología experimental efectuadas antes de la existencia de programas universitarios en psicología, que comienzan a aparecer en Colombia a partir de 1947.

Por su parte, la Sección de Psicotecnia adscrita a la Universidad Nacional, es considerada la entidad que da origen a la profesionalización de la psicología en el país. Según Domínguez, allí se desarrollaron las prácticas fundamentales de la psicología colombiana en cuanto a la investigación, extensión y admisión (DOMINGUEZ, 2017). La Sección inició sus labores en 1940, junto con el laboratorio de Fisiología del Dr. Alfonso Esguerra. En ese mismo año, como se menciona más arriba, Mercedes Rodrigo fue contratada como profesora técnica por la Universidad Nacional. Dentro de sus funciones se encontraba la selección de aspirantes, investigación y el desarrollo de estrategias para la prevención del fracaso académico. Para Mercedes Rodrigo, la psicotecnia era un campo de desarrollo emergente de la psicología que consistía en la aplicación de métodos psicotécnicos con el objetivo de contribuir al conocimiento de los individuos y de su contexto para conseguir una “perfecta adaptación” al medio (DOMINGUEZ, 2017).

El decreto 1074 de 1934, exigió un examen de conocimientos específicos y cultura como requisito para entrar a las facultades de la Universidad Nacional. En 1936 el Ministerio de Educación cambió el examen de revisión incluyendo en él, las capacidades mentales y creadoras por medio de test de psicología. La ley 68 de 1935, introduce cambios significativos en la organización de los programas de la Universidad, estos cambios también se vieron reflejados en el examen de admisión, ya que era necesario limitar el ingreso de estudiantes para las carreras con mayor demanda como medicina y derecho.

Esto se daba por medio de un año preparatorio y un examen de revisión. El acuerdo 6 del 25 de mayo de 1938 de la Universidad Nacional suprimió el año preparatorio y proyectó un nuevo modelo de examen de admisión el cual buscó evaluar conocimientos escolares previos y las capacidades físicas y mentales requeridas y de vocación. El examen consistió en la aplicación de una prueba de psicotecnia, una prueba fisiológica y una prueba sobre conocimientos en ciencias naturales y lenguas modernas.

En octubre de ese mismo año la psicóloga española Mercedes Rodrigo Bellido y el médico Alfonso Esguerra hicieron una prueba piloto de la prueba psicotécnica a 120 estudiantes de Medicina en un curso de fisiología. Las pruebas aplicadas fueron un test de inteligencia abstracta y otro verbal que hacían parte de la batería de Army Alpha Test que fue una prueba que surgió de la necesidad de seleccionar las personas que irían al campo de batalla en la primera guerra mundial, junto con un test de concentración (DOMINGUEZ, 2017).

A partir de esta experiencia positiva, la Universidad acordó este modelo para las otras Facultades, esto se dio a partir de 1940 con las facultades de Derecho, Odontología, Farmacia, Educación Física etc. Para lo que se creó la Sección de Psicotecnia que junto con el Laboratorio de Fisiología se encargaron de la administración de las pruebas para el examen de admisión.

Luego de haber sido acogida la evaluación con los test psicotécnicos, en 1941 la administración de la Universidad ordenó unificar la administración de las pruebas convirtiéndolas en pruebas estandarizadas para parametrizar sus resultados con las aptitudes. Las ventajas de este sistema de admisión fueron: Garantizar la objetividad en el proceso de selección y promediar los resultados de las pruebas de conocimiento. Cada Facultad definió pruebas complementarias según sus necesidades y establecieron sus formas de clasificación (DOMINGUEZ, 2017).

La Sección de Psicotecnia prestó asesoría permanente para los procesos de selección de cada facultad, llevó a cabo la sistematización de los resultados y la custodia correspondiente a los cuestionarios y pruebas utilizados (DOMINGUEZ, 2017).

De la aplicación de estas pruebas se derivaron varios estudios realizados por Mercedes Rodrigo sobre vocación, capacidad mental entre otros. La Sección también realizó por medio de encargo servicios de clasificación y selección a empresas, ministerios y centros educativos. En 1947 se transformó en el Instituto de Psicología Aplicada. Con esta transformación de la Sección de Psicotecnia se crearon varias secciones que fueron mencionadas más arriba. En 1949 se aprobó el plan de estudios para el Instituto.

Algunos de los logros del Instituto de Psicología Aplicada fueron los siguientes; Entre 1939 y 1949 examinó 9.556 aspirantes. En 1949 incluyó el

examen de 2.240 aspirantes de otras entidades universitarias. En 1949 atendió 121 estudiantes que ingresaron a la carrera ese año, casos que podían continuar en intervención psicología o ser remitidos a medicina psiquiátrica.

Consideraciones finales

La década de 1930 en Colombia, se desarrolló bajo el surgimiento de saberes como la psicología, la psicopedagogía y la psicología experimental aplicados a varios grupos de personas, con el fin de medir sus capacidades físicas e intelectuales. Este acontecimiento tuvo como contexto un gobierno liberal que buscó promover herramientas científicas para ayudar a mejorar las características tanto fisiológicas como psicológicas de sus ciudadanos. En ese entorno se crean instituciones como los laboratorios de psicología experimental, cuyo objetivo fue la evaluación por medio de herramientas como los test, desarrollar habilidades en los individuos de acuerdo con sus aptitudes, y poder encaminarlos a una profesión u oficio acorde con sus capacidades físicas y psicosociales. La adaptación y aplicación de test para la medición es una práctica común en la SMPOP y la Sección de Psicotecnia. Para el caso de la primera, estos exámenes se realizaron para el ingreso al Liceo Antioqueño adscrito a la Universidad de Antioquia, y en cuyo informe menciona Vasco, la mayoría de sus estudiantes eran retardados en sentido pedagógico, lo que exigía una vigilancia y tratamiento médico psicopedagógico personalizado. Para el caso de la Sección de Psicotecnia, se menciona y reconoce la importancia que tuvo al ser el antecedente de la primera carrera de psicología en el país y de la expansión de las prácticas de clasificación en otras instituciones a lo largo del territorio colombiano.

La SMPOP y la Sección de Psicotecnia son instituciones que sirvieron como modelo para que disciplinas como la psicología experimental se fortalecieran y expandieran su poder a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Luego de su creación, empiezan a aparecer instituciones con este mismo carácter vinculadas a escuelas, institutos y centros educativos, cumpliendo funciones similares a las propuestas en las dos universidades de las que hacían parte.

En cuanto a los encargados de estas instituciones, tanto Vasco Gutiérrez como Mercedes Rodrigo tenían en común el interés por el estudio y la educación de niños y niñas considerados “anormales”, a través de la aplicación de saberes como la psicotecnia y la psicopedagogía. Vasco y Rodrigo realizaron su especialización en el Instituto de Altos Estudios de Bruselas, con Claparède y los maestros de psicología experimental y psicopedagogía. También se les puede atribuir la preocupación por crear espacios científicos para la implementación de tratamientos de vanguardia para la época. Estas dos

instituciones marcaron un hito fundacional en cuanto a la profesionalización de las carreras de psicología en el país.

REFERENCIAS

ARDILA, Rubén, Revista de Estudios Sociales. **Las Ideas Psicológicas en Colombia**, Bogotá, n. 3, p. 59-67, 1999.

ARDILA, Rubén, Revista Latinoamericana de Psicología. **Tendencia en psicología experimental colombiana**, Bogotá, n. 8- 2, p. 303-317, 1976.

DOMINGUEZ Blanco, María Elvia. La sección de psicotecnia y el Instituto de Psicología aplicada, En: **Economía, Lenguaje, Trabajo y Sociedad**. Colombia. Universidad Nacional de Colombia: Colección del Sesquicentenario, 2018.

FOUCAULT, Michel, Revista Educación médica y salud. **Incorporación del hospital en la tecnología moderna**. Washington, 12, n. 1, p. 59-72, 1978.

GIRALDO Gallego, Erika. **Eduardo Vasco Gutiérrez: higiene mental, educación y eugenesia en la medicalización de la infancia en Colombia. 1930-1964**. Tesis (Maestría en historia) Facultad de Ciencias Humanas y Económicas Universidad Nacional de Colombia, Colombia, 2018.

GUTIÉRREZ Avendaño, Jairo. **Locura y sociedad: alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968**. Tesis (Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales). Facultad de Ciencias Humanas y Económicas Universidad Nacional de Colombia, Colombia, 2016.

GUTIÉRREZ, G, Ed., Psicología experimental y psicología comparada, El legado de Rubén Ardila. En **Psicología: de la biología a la cultura**. Colombia. Universidad Nacional de Colombia, 2003.

HERNÁNDEZ Vargas, Edwar Eugenio, Sandra Carolina Valencia Lara y José Rodríguez Valderrama. Avances en Medición. **De la Sección de Psicotecnia al laboratorio de psicometría: seis décadas de algo más que medición psicológica en Colombia**. Colombia n. 1, 6-16. 2003.

HERRERO, Fania. Revista de Psicología General y Aplicada. **Mercedes Rodrigo (1891-1982), la primera psicóloga española**. Colombia n. 56, 2. 2003.

SÁENZ Obregón, Javier, Óscar Saldarriaga y Armando Ospina. **Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946**. Medellín: Universidad de Antioquia, 1997.

SIERRA Camacho, Bibiana Andrea. **Evaluar, conocer, seleccionar: la política y la racionalización en la apertura del campo profesional de la psicología en Colombia entre 1930 y 1950**. Tesis (Maestría en sociología) Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle, 2014.

VASCO Gutiérrez, Eduardo. **Medicina Pedagógica y Orientación Profesional**. Informe rendido por el director de educación pública de Antioquia. Medellín. Diciembre de 1933.

VASCO Gutiérrez, Eduardo. **Medicina Pedagógica y Orientación Profesional**. Informe rendido por el director de educación pública de Antioquia. Medellín. 1934.

YARZA de los Ríos, Alexander. **Preparación de maestros, reformas, pedagogía y educación de anormales en Colombia: 1870-1940**. Tesis (Maestría en educación) Facultad de Educación, Universidad de Antioquia, 2011.

MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICOS E USO DE PSICOFÁRMACOS NO SÉCULO XX

Ana Carolina Welter
Sandra Caponi
Fabíola Stolf Brzozowski

Introdução

Com frequência observamos, em diferentes ambientes (meios de comunicação, escolas, famílias, redes sociais, etc.), a naturalização de um processo no qual as emoções e os comportamentos infantis, que até pouco tempo atrás seriam considerados normais, passaram a ser encarados como problemas psiquiátricos, que podem ser diagnosticados por meio de listas de sinais e sintomas descritos em manuais específicos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) ou o Código Internacional de Doenças (CID).

Acompanhando esse processo surgiram as explicações biológicas para esses diagnósticos, com uma tendência em pensar que os sofrimentos e comportamentos possuem origem unicamente orgânica e, dessa forma, devem ser tratados por meio de intervenções médico-farmacológicas, assim como ocorre em outras áreas da medicina. Difundiu-se assim a prescrição de psicofármacos na primeira infância como um fato natural, argumentando-se que de esse modo se poderá evitar a cronificação de uma patologia psiquiátrica irreversível na vida adulta.

O discurso preventivo atualmente é bastante difundido, com a crença de que a identificação de sinais e comportamentos antes de qualquer doença se instalar pode fazer com que um transtorno mental não se desenvolva na fase adulta. Existem algumas iniciativas e organizações que defendem esse tipo de argumento como, por exemplo, o Instituto Nacional de Psiquiatria do

Desenvolvimento para Crianças e Adolescentes – INPD, criado em 2009. O INPD, de acordo com o próprio website, “está à frente de estudos que apontam que os transtornos mentais estão relacionados a alterações no desenvolvimento cerebral que podem ser revertidos com intervenções precoces (inclusive durante o período intrauterino)”¹. Uma análise mais detalhada sobre essa temática pode ser encontrada em Amaral (2020).

Com a incorporação desses comportamentos como transtornos mentais, ocorreu um aumento no número de diagnósticos em crianças. Frequentemente afirma-se que esse aumento se deve à aparição de mecanismos de identificação das doenças mais apurados que teriam possibilitado a detecção de sintomas subclínicos, que antes passavam despercebidos na primeira infância, agora detectáveis a partir de testes e escalas psicométricas cada vez mais precisos. Esta perspectiva de análise, hoje hegemônica, ao mesmo tempo que despolariza o sofrimento psíquico, ignorando os contextos sociais que provocam tristeza e desamparo, afirma que sempre existiram crianças com transtornos mentais, mas que só agora contamos com os avanços científicos que permitem identificar os sintomas de uma doença psiquiátrica que pode vir a causar um desenvolvimento anormal.

Nesse contexto, é importante indagar como os diagnósticos psiquiátricos e seus tratamentos se configuraram ao longo do tempo. Dessa forma, nosso objetivo é descrever os principais diagnósticos psiquiátricos da infância ao longo do tempo, durante o século XX, analisando o discurso preventivo contido neles e relacionando-os com o uso de medicamentos.

Diagnósticos psiquiátricos na infância

Apesar de serem descritas crianças caracterizadas como “doentes mentais” há algum tempo, foi no século XX que os diagnósticos que conhecemos hoje foram se configurando e cada vez mais e mais crianças foram incorporadas a essas categorias. Nessa seção, buscamos resgatar alguns pontos e marcos importantes dos principais diagnósticos psiquiátricos infantis atualmente: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), depressão, ansiedade e transtorno bipolar.

Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)

A agitação é um dos comportamentos que mais cedo passaram a fazer parte do rol de sintomas de transtornos mentais em crianças. A falta de

¹ http://inpd.org.br/?page_id=7.

atenção também é uma característica considerada um problema nessa faixa etária há mais de dois séculos. Em 1798, o médico escocês Alexander Crichton descreveu o que se considera o primeiro registro do tipo desatento do TDAH. Para ele, para algumas crianças seria uma condição inata, o que indicaria um pior prognóstico. As características tendiam a reduzir com o passar do tempo e aumento da idade. Outro autor que se destaca na identificação de crianças com esses comportamentos é o George Frederick Still que, em 1901, agora já no início do século XX, descreveu 20 crianças com hiperatividade, falta de atenção e o que ele chamava de dificuldades na inibição de suas vontades.

Até 1980, quando foi lançada a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III), não havia um diagnóstico oficial de transtornos caracterizados por falta de atenção e agitação, mas existiam algumas categorias que apareciam na literatura. Além disso, era raro diagnosticar crianças e, quando se fazia, eram utilizadas as mesmas classificações dos adultos. Quando as crianças passaram a frequentar a escola de forma massiva é que os problemas de aprendizagem e de conduta começaram a aparecer e serem motivos de preocupação e, posteriormente, sintomas de transtornos mentais.

Nesse sentido, o que se descreve hoje como TDAH, ou pelo menos comportamentos semelhantes, já foi identificado por alguns nomes desde o início do século XX: encefalite letárgica (sequelas), dano cerebral mínimo, paralisia cerebral mínima, retardo leve, disfunção cerebral mínima, hipercinesia, desenvolvimento atípico do ego e transtorno de déficit de atenção (TDA). Todos esses nomes descrevem como sintomas comportamentos muito semelhantes, particularmente aqueles percebidos na escola, tais como: baixo desempenho escolar, incapacidade de completar tarefas, agitação, falta de atenção, distração, etc.

Encefalites são inflamações cerebrais, que podem ser decorrentes de substâncias tóxicas ou microrganismos. A encefalite letárgica, também conhecida como doença do sono ou doença de Von Economo, é um tipo atípico de encefalite que causou uma epidemia entre 1915 e 1926, na qual estima-se que 1 milhão de pessoas foram afetadas, com uma letalidade de 50%. Essa doença tinha como sintomas principais letargia, sonolência, tremores, alucinações e febre, e podia causar danos físicos e mentais muitas vezes irreversíveis. As pessoas que sobreviviam passaram a apresentar alguns efeitos residuais da doença, conhecidos como “comportamentos residuais da encefalite” ou pós-encefalite. Dentre esses comportamentos, podemos citar: inversão do padrão de sono, instabilidade emocional, irritabilidade, teimosia, mentira, ladroagem, desasseio, prejuízos na memória e na atenção, tiques, depressão, controle motor pobre e hiperatividade geral (RAFALOVICH, 2001).

Essa categoria diagnóstica abriu caminho para as explicações cerebrais para problemas de comportamento. Isso porque, por ser uma consequência de uma doença provavelmente infecciosa (na época havia uma linha de pensamento que defendia que a encefalite letárgica tinha a ver com a epidemia de influenza), esses sintomas residuais foram considerados como tendo origens orgânicas. Ao mesmo tempo em que foram ganhando força as explicações biológicas para comportamentos, medicamentos foram sendo testados e lançados no mercado. Na década de 1930, psicoestimulantes passaram a ser utilizados na redução da agitação, hiperatividade e problemas de comportamento em crianças. O fato de um medicamento impactar em comportamentos deu força para as hipóteses orgânicas, de lesões cerebrais, em crianças que não haviam tido encefalite, mas apresentavam problemas de falta de atenção e agitação. Nesse contexto foi criado o diagnóstico de “dano cerebral mínimo” (TIMIMI, 2002).

Com o passar do tempo, nenhuma lesão orgânica foi encontrada nos cérebros de crianças que apresentavam esses comportamentos indesejados, fazendo com que o termo “dano cerebral mínimo” fosse cada vez menos usado. Na década de 1960, foi sendo substituído por “disfunção cerebral mínima”, com a ideia de que o cérebro das crianças era “disfuncional”, mesmo não apresentando nenhuma lesão. Um diagnóstico muito semelhante surgiu, na mesma época, no DSM-II, publicado em 1968, chamado de “reação hiper-cinética da infância” (TIMIMI, 2002).

Apesar de não haver nenhum dano cerebral aparente, a hipótese biológica para transtornos mentais foi cada vez mais ganhando força, com um número cada vez maior de publicações, primeiramente procurando danos orgânicos para, em seguida, migrar para uma busca neuromolecular, principalmente depois da década de 1960, movimento que Abi-Rached e Rose (2010) chamaram de neuromolecular gaze.

A forma de realizar diagnósticos em psiquiatria sofreu uma grande mudança a partir da década de 1980, com a publicação do DSM-III, que passou a descrever, como diagnósticos, grupos de sintomas, numa tentativa de aproximação com as outras áreas da medicina. A ideia era tornar o manual mais “objetivo” e “universal”, ou seja, que pudesse ser utilizado por qualquer clínico, em qualquer lugar do mundo. No caso da falta de atenção e na agitação em crianças, apareceu o diagnóstico de “Transtorno do déficit de atenção” (TDA). A partir de então, a falta de atenção passou a ser central no diagnóstico, não mais a agitação, saindo a palavra “hiperatividade” do nome. Dessa forma, a pessoa com TDA poderia também apresentar sintomas de hiperatividade, ou não.

Atualmente, o DSM-5 manteve o mesmo nome da quarta edição do manual, Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), mantendo a falta de atenção como central no diagnóstico e a hiperatividade como facultativa. Importante destacar que, a cada nova versão do DSM, esse diagnóstico ficou mais abrangente, sendo cada vez mais comumente diagnosticados em crianças e, mais recentemente, em adultos também.

Ansiiedade e depressão em crianças

Ao contrário do TDAH, que se originou a partir do foco em crianças inquietas, disruptivas e desatentas, a ansiedade, a depressão e o transtorno bipolar constituíram-se, desde as primeiras descrições de sintomas, como diagnósticos da vida adulta. A história da transição de cada um desses transtornos para o campo da psiquiatria infantil tem características próprias, mas também comuns, como as decorrentes do uso crônico de psicofármacos.

A ansiedade é o primeiro desses três diagnósticos que aparece, já no DSM-II (APA, 1968), como uma possibilidade também em crianças, sob o eixo IX “Transtornos do Comportamento da Infância e da Adolescência”, juntamente com outros transtornos considerados característicos da infância. O transtorno aparece sob a designação “Reação de ansiedade excessiva da infância”, caracterizada, apesar do nome que indicaria um momento transitório, por uma ansiedade crônica e excessiva, com medos irrealis, insônia, pesadelos e respostas autonômicas exageradas. Destaca-se a descrição de características destes indivíduos, como imaturidade, falta de autoconfiança, conformação, tendência a ser inibido, obediente, em busca de aprovação e demonstrar apreensão em novas situações e ambientes desconhecidos. Este tipo de descrição é compatível com uma visão sociopsicológica, ainda presente na segunda edição do manual (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Contudo, será no DSM-III (APA, 1980) que teremos uma seção dedicada inteiramente a transtornos para a infância e adolescência, compondo três transtornos em que a característica clínica marcante será a ansiedade, entre elas o famoso transtorno de ansiedade de separação. Verifica-se que o início da inserção da criança na psiquiatria, principalmente no que tange ao DSM, perpassa tanto o TDAH, considerado típico da infância, quanto a ansiedade, visto que já nas primeiras edições passa a configurar entre as possíveis doenças mentais na infância, com início dos sintomas na idade pré-escolar.

Sobre a depressão, trata-se de um transtorno de humor em adultos que já é um velho conhecido, que aparece nos DSM, de um ou outro modo, desde 1952. No entanto, a depressão infantil no campo da psiquiatria tem um momento histórico de nascimento, muito mais recente. A depressão infantil

não parece de forma direta no DSM até a sua quarta edição, em 1994, que afirma que os sintomas apresentados por adultos podem aparecer já na infância. No entanto, o caminho que leva à depressão a ser considerada uma possibilidade diagnóstica para crianças se inicia já na década de 1960, quando pesquisadores norte-americanos realizaram tentativas de estabelecer os critérios diagnósticos para a condição na infância.

Weinberg e colaboradores, no ano de 1973, publicaram na revista *Behavioral Pediatrics* o artigo *Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment* (Depressão em crianças encaminhadas a um centro de diagnóstico educacional: diagnóstico e tratamento). Nesta publicação, os autores traçaram um paralelo entre os critérios desenvolvidos por outro grupo de pesquisadores para a depressão em adultos.

No DSM-III apareceu a primeira menção da depressão em crianças, mas somente de forma insipiente, visto que é colocada apenas como uma possibilidade frente ao diagnóstico diferencial com o transtorno de ansiedade em crianças (APA, 1980). Entretanto, foi somente no ano 2013, no DSM-5, que o diagnóstico aparece de forma definitiva como possível de ser encontrada em crianças, com algumas características que o diferenciam do diagnóstico em adultos, sob a denominação de Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor.

Nesse caso, trata-se de um novo diagnóstico referente à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental. Essas características são referentes aos transtornos depressivos em crianças de 6 até 12 anos de idade (Odila et al, 2020: 56).

A partir desse momento se repetirá, uma e outra vez, que os altos índices de depressão infantil encontrados pelos estudos nacionais e internacionais justificam a necessidade de pesquisas que avaliem com maior precisão a depressão em crianças. Nesse mesmo sentido o site do INPD (Instituto de Psiquiatria do Desenvolvimento para a infância e adolescência) afirma que existem sintomas que diferenciam a depressão em adultos e crianças, eles são: “irritação exagerada, queda no rendimento escolar e retraimento social” (INPD, 2020). Os mesmos sintomas identificados como centrais pelos especialistas no campo da psiquiatria, reaparecem no campo da pediatria, defendendo a atribuição desse diagnóstico também a crianças muito pequenas, em idade pré-escolar.

Em crianças pré-escolares (menores de seis anos), a manifestação clínica mais comum é representada pelos sintomas físicos, tais como dores (principalmente de cabeça e abdominais), fadiga e tontura. Goodyer cita que aproximadamente 70% dos casos de depressão maior em crianças apresentam queixas físicas. As queixas de sintomas físicos são seguidas por

ansiedade (especialmente ansiedade de separação), fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite e alterações do sono. (Bahls, 2002: 260)

Podemos imaginar que a perda do prazer de brincar, as dificuldades na escola, as alterações de sono e apetite, a agitação, podem ser simples manifestações de que essas crianças pequenas e com dificuldade para verbalizar suas emoções, podem estar passando por processos de sofrimento provocados por diversas situações adversas, tais como, abuso sexual, isolamento, bullying, abandono parental, sentir-se sozinho, ser objeto de racismo, sentir tristeza por dificuldades que a família está atravessando, ou problemas de relacionamento com familiares e amigos. Nenhum desses elementos é considerado quando se diz, por exemplo, que: “Quanto às famílias, estudos norte-americanos realizados com crianças pré-escolares com depressão encontraram frequentemente pais também com depressão e envolvidos em graves problemas sociais” (Bahls, 2002:261). Uma descrição que pode reforçar um suposto caráter biológico e hereditário da doença.

A literatura do campo da psiquiatria, da medicina e da pedagogia, diretamente envolvida no processo de construção do diagnóstico de depressão na infância, por muito tempo afirmou que a depressão só podia ocorrer em adultos, logo se começou a falar de depressão em adolescentes, a seguir de depressão de crianças em idade escolar, e nos últimos anos, começa a aparecer timidamente a literatura dedicada a falar da depressão em crianças menores de 6 anos, isto é, em idade pré-escolar. Ainda são poucos os estudos dedicados a essa faixa etária, porém, a atribuição de diagnósticos ou a prescrição de psicofármacos na primeira infância parece ser um fato mais frequente do que mostra a literatura. Por exemplo, o trabalho de Johan Luby, publicado em 2010, *Preschool Depression: The Importance of Identification of Depression Early in Development*, insiste no que considera um grave erro da psiquiatria e da psicologia, por não ter identificado antes a existência de depressão em crianças muito pequenas, de dois e três anos. Para Luby:

A depressão pré-escolar é caracterizada por sintomas típicos de depressão, como anedonia; mudanças no sono, apetite e nível de atividade; e culpa excessiva. Além disso, a continuidade longitudinal da depressão pré-escolar até a idade escolar foi estabelecida, sugerindo que a depressão pré-escolar é uma manifestação precoce do transtorno infantil posterior. Com base na eficácia conhecida da intervenção de desenvolvimento precoce em uma série de domínios e distúrbios relacionados à maior neuroplasticidade do cérebro mais cedo do que mais tarde na infância, é importante identificar a depressão o mais cedo possível (Luby, 2010: 91)

Esses dois argumentos são incansavelmente repetidos para justificar a identificação de patologias psiquiátricas na infância, embora existam múltiplas referências de que a psiquiatrização precoce de problemas de comportamento ou emocionais parece ser a porta de entrada de uma sucessão de novos diagnósticos psiquiátricos a ser tratados com novos fármacos. Isso é o que aparece retratado no estudo analisado por Mariana Rangel em seu texto “Este ilustre desconhecido”. A pesquisa de Silva et al., ali referenciada parece indicar que é necessário ter muita cautela quando afirmamos que a identificação precoce é uma estratégia protetora para a vida das crianças. Lemos ali que:

Foram analisados 348 prontuários de um serviço de saúde no Rio Grande do Sul, entre 1998 e 2008. O estudo demonstrou que as crianças (em idade pré-escolar) que faziam uso dos medicamentos permaneciam por mais tempo em atendimento no serviço, e que tinham menos registros de alta e melhora do que aquelas somente em psicoterapia. Identificou também que, com o passar dos anos, diminuiu o número de crianças que ingressaram ao serviço, mas aumentou o número daquelas medicadas. (Rangel et al.2018)

Esse estudo indica que não parece ser tão efetivo antecipar e diagnosticar uma criança na primeira infância, pois elas podem permanecer mais tempo diagnosticadas e aumentar o uso de fármacos. Por outra parte, parece ser difícil separar este novo diagnóstico de outras doenças psiquiátricas prevalentes na infância. Existem superposições, comorbidades, diagnósticos múltiplos, um fato que parece inevitável quando consideramos a semelhança dos sintomas que definem quadros como TDAH, ansiedade, depressão, Transtorno Opositor Desafiador com a depressão infantil.

Assistimos assim a uma verdadeira inflação diagnóstica no campo da infância. Segundo a OMS até 20% de crianças e adolescentes apresentam doenças mentais incapacitantes no mundo. No Brasil, os dados são semelhantes. “um documento do Ministério da Saúde de 2005 revelou que entre 10 e 20% de crianças e adolescentes sofreriam de transtornos mentais e, dentre estes, de 3 a 4% precisariam de tratamento intensivo” (Nogueira et Al., 2018: 2306).

Transtorno Bipolar

O advento da bipolaridade no campo da psiquiatria infantil foi resultado de um esforço sistemático do campo psiquiátrico enquanto disciplina, a partir da década de 1970, para legitimar critérios diagnósticos para o transtorno bipolar infantil, sempre em contraposição e acompanhando as mudanças dos critérios para adultos (WELTER, 2021).

Existem divergências quanto à origem da bipolaridade como uma categoria médica na história ocidental. Há aqueles que apontem para as descrições de Hipócrates (460-337 a.C.) na Grécia Antiga, de condições como mania e melancolia, e que tais escritos já refletiam o transtorno bipolar enquanto uma patologia bem estabelecida (MASON; SHERWOOD BROWN; CROARKIN, 2016), versão reconhecida e aceita pela psiquiatria. Outros, como David Healy, advogam que a condição da época não poderia ter as mesmas características do que atualmente entendemos como transtorno bipolar, isto porque a conotação que os termos ganham na antiguidade diferem em grande medida dos termos atuais. O termo melancolia era utilizado por Hipócrates para descrever estados de indisposição. Ainda, mania e melancolia teriam maior ligação com descrições de altas febres devido a infecções, e letargia pós-infecção, visto que à época não havia meios para tratar de processos infecciosos (HEALY, 2008).

O que se segue na história do transtorno é uma sucessão de possíveis descrições de estados maníacos e melancólicos, mas é a partir da metade do século XIX que de fato a bipolaridade começa a ganhar contorno com as descrições dos psiquiatras franceses Jean-Pierre Falret com o termo *folie circulaire* (1851) e Jules Baillarger com o conceito de *folie á double forme* (1854), quando a característica central da doença passa a se concentrar na oposição entre mania e melancolia (GLOVINSKY, 2002; MARNEROS; ANGST, 2002).

Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão com forte influência na psiquiatria moderna, ao utilizar-se dos conceitos da teoria da degeneração para fundar o que chamou de psicopatologia, com base em sinais e sintomas, altera, no início do século XX, os termos utilizados para a descrição da doença, agora denominada psicose maníaco-depressiva (KRAEPELIN, 1997). É importante destacar que até este momento não havia de fato um entendimento de que crianças poderiam sofrer de psicose maníaco-depressiva. Existiram descrições de estados maníacos em crianças ao longo dos séculos, mas sempre esparsas e controversas. O próprio Kraepelin afirmava ser a condição extremamente rara em crianças, e não há documentos que comprovem que tenha tratado de uma criança bipolar (CARLSON; GLOVINSKY, 2009; GLOVINSKY, 2002).

A discussão no campo psiquiátrico para incluir a infância dentro do escopo da bipolaridade iniciou com um artigo de Anthony e Scott em 1960, com o argumento de que não havia critérios diagnósticos padronizados, havendo uma tentativa frustrada de sistematização dos mesmos, uma vez que não tiveram aceitação por seus pares (ANTHONY; SCOTT, 1960).

A segunda tentativa de sistematização de critérios para crianças foi proposta por Weiberg e Brumack, em 1976, a partir da adaptação de critérios para mania em adultos propostos por Feighner e colaboradores (FEIGHNER et al., 1972). É importante destacar o papel da mania neste contexto, uma vez que era este o limitador para o diagnóstico da bipolaridade infantil, uma vez que a depressão já era aceita como um diagnóstico para esta parcela da população. Como vimos anteriormente, os mesmos autores propuseram, a partir da mesma metodologia, os critérios diagnósticos para a depressão em crianças.

Assim, a mania para crianças foi considerada episódica, contando com sintomas como irritabilidade e agitação; aumento considerável no nível de atividade; impulso de fala; transtornos do sono; distração; notável instabilidade no humor que persiste por mais de um mês. A euforia, difícil de ser caracterizada e aceita na infância, estaria manifestada como uma negação inflexível da doença ou problema (WEINBERG; BRUMBACK, 1976). Apesar do esforço em construir critérios para a mania em crianças, os autores consideravam sua ocorrência controversa.

Com Weinberg e Brumback (1976) inicia-se um processo de tradução dos sintomas de um episódio de mania para adequar-se a um tipo de comportamento essencialmente infantil. Para cada um dos sintomas descritos em seu artigo há uma explicação complementar, evidenciando o comportamento “esperado” relacionado a cada sintoma. É neste sentido que a euforia, um sintoma difícil de ser aplicado para crianças, será caracterizada seja pela negação da própria criança de reconhecer que existe um problema ou uma doença, seja porque experimente sentimentos inapropriados de bem-estar (os autores explicam que a criança pode se mostrar alegre demais, muito animada ou com comportamentos que exigem uma certa “tolice” ou “bobeira”). O sintoma de irritabilidade pode vir acompanhado de agitação, mais ou menos exagerados, como a beligerância ou a destrutividade. A hiperatividade é descrita como uma agitação motora, mas também de intrusão, ou seja, quando a criança começa a interromper as falas de adultos, quando eles se encontram em uma conversa, seja entre adultos seja com ela. O sintoma designado como “pressão de fala” é traduzido pelos autores como tagarelice, podendo tornar-se ininteligível, falando rápido demais. Os padrões de sono podem ou não estar alterados, o que não significa necessariamente diminuição por completo, e a criança pode dormir em períodos impróprios durante o dia (WEINBERG; BRUMBACK, 1976).

O papel dos psicofármacos será discutido na sessão seguinte deste capítulo. No entanto, o lítio, uma molécula que ocorre naturalmente e que foi isolada e utilizada na terapêutica de transtornos mentais desde a segunda

metade do século XX, tem uma importância ímpar para o estabelecimento do diagnóstico do transtorno bipolar infantil.

George Robert DeLong, neurologista pediátrico do Massachusetts General Hospital, desenvolveu um trabalho pioneiro sobre o tratamento de crianças e adolescentes com lítio, uma droga utilizada há muito como a primeira escolha e considerada específica para o tratamento de mania no transtorno bipolar adulto (GLOVINSKY, 2002). Partindo novamente da comparação com trabalhos anteriores conduzidos com adultos, DeLong foi inspirado por Lipkin, Dyrud e Meyer (1970), que, ao realizarem a inversão tão conhecida da psiquiatria de inferência de sintomas ou até mesmo de explicações causais de transtornos mentais, estabeleceram que, por conta de o lítio ser um conhecido tratamento específico para mania, pacientes que tinham em sua fase maníaca comportamentos de agressão hostil e por isso poderiam ser confundidos como esquizofrênicos, tinham no lítio um aliado para o diagnóstico diferencial, recebendo corretamente o diagnóstico de bipolares. Com isso, DeLong (1978) estabelece, a partir do tratamento de crianças e adolescentes com lítio, os supostos sintomas para a “doença maníaco-depressiva da infância”, caracterizada por hostilidade, agressividade, distração, que poderiam ou não estar associados a história familiar. A explicação concedida se dá a partir dos supostos efeitos anti agressivos do lítio. “Nossos resultados reforçam o conceito de que a doença maníaco-depressiva pode ser reconhecida na infância e ser beneficiada pelo tratamento com lítio por um longo período de tempo” (DELONG, 1978, p. 689).

O transtorno de humor hostil e agressivo pode ser o achado cardinal no grupo de crianças relatado aqui, e foi, talvez, o sintoma mais notoriamente melhorado pelo tratamento com lítio. A irritabilidade hostil e a agressividade são bem reconhecidas na mania dos adultos e ambas respondem ao lítio (DELONG, 1978, p. 693).

Como consequência de seus achados, outros pesquisadores começaram a realizar testes em crianças e adolescentes com lítio, de forma que a agressividade e a hiperatividade passaram a ser indicações suficientes para o uso da substância (GLOVINSKY, 2002).

A partir de discussões do campo acadêmico no final da década de 1970, o DSM adotou em 1980, na terceira edição do manual, o termo Transtorno Bipolar, inaugurando uma distinção formal entre transtornos do humor bipolares e unipolares (APA, 1980; HEALY, 2008). A partir de então, como vimos também para outros diagnósticos apresentados em sucessivas edições no manual, o transtorno bipolar começa a ganhar subclassificações, como o transtorno bipolar I e II, e a ciclotimia. Assim, cada vez mais subformas de

bipolaridade aparecem, sendo apresentadas como quadros mais leves da doença, ou seja, com sintomas mais leves e difusos, o que aos poucos possibilitou a inclusão da infância no domínio da bipolaridade.

Novamente a partir da academia, evidenciou-se um processo de tradução de comportamentos caracteristicamente infantis em critérios diagnósticos para o transtorno bipolar, entre eles tolice, tagarelice, felicidade extrema, sociabilidade extrema. Tais “sintomas” são entendidos como traços de euforia, um dos critérios diagnósticos mais importantes para a mania, e o mais difícil de ser caracterizado em crianças. Corroborar-se, ainda, a aceitação de que crianças com problemas de agressividade passassem a ser diagnosticadas com transtorno bipolar.

O DSM, no entanto, só incorporou esta visão de forma definitiva na quinta edição do manual, o DSM-5, quando apresenta claramente para crianças a possibilidade de um diagnóstico de transtorno bipolar clássico, o tipo I, considerado o mais severo, com episódios completos de mania (APA, 2014).

Neste sentido, vemos mais uma vez a instauração de um processo de expansão de diagnósticos dentro do campo psiquiátrico. A ampliação da bipolaridade infantil, através das subcategorias como o transtorno bipolar II, o transtorno ciclotímico, transtorno bipolar induzido por medicamentos, o transtorno bipolar III, e até mesmo o que alguns autores chamam de espectro bipolar (que ainda não se tornou uma categoria do DSM), colaboram para o aumento da prevalência da bipolaridade infantil, uma vez que se tratam de formas “mais leves” da doença, e portanto com critérios diagnósticos mais facilmente atendidos, de forma que não é preciso que ocorra um episódio maníaco completo para o estabelecimento destes subtipos de bipolaridade, e nem um episódio completo de depressão. Estados mais ou menos constantes de distímia e hipertímia, atualmente, podem ser suficientes para a caracterização de um subtipo de transtorno bipolar segundo o DSM-5 (APA, 2014).

O papel dos psicofármacos

Como é possível perceber, as histórias dos transtornos mentais na infância são contadas com a participação de psicofármacos para seus tratamentos. No caso de crianças agitadas e que apresentavam falta de atenção a busca por uma solução farmacológica teve início já na década de 1930. Descobrir que um fármaco é capaz de “tratar” um comportamento ou um sofrimento, tornou plausível a explicação orgânica para os transtornos mentais e ajudou a naturalizar o processo de medicalização.

A partir disso, alunos de pré-escola identificados com depressão também podem receber tratamentos farmacológicos.

Ocorre que, quando a criança não é tratada a tempo, poderá desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças. Em casos específicos, quando a criança apresenta um quadro de certa gravidade. Recomenda-se tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico, devido, principalmente à presença de comportamentos e/ou pensamentos ligados ao suicídio. (Andriola, 1999, p. 3)

No caso dos estimulantes, especialmente o metilfenidato (Ritalina®), argumentava-se que o fármaco promoveria um desenvolvimento neuronal mais rápido, além de ajudar “a criança em seu ‘crescimento’” (LEAKE, 1958, p. 967). O metilfenidato, assim como a clorpromazina, desenvolvida na mesma época, conferia maior legitimidade à psiquiatria, uma vez que fazia parecer que os tratamentos de problemas mentais poderiam ser tratados como outras áreas da medicina (CAPONI, 2019).

Na década de 1970, o metilfenidato se consolidou para o tratamento de crianças com problemas de comportamento e/ou falta de atenção, dado o aumento expressivo de pesquisas sobre o assunto publicadas na época, indicando que o medicamento se tornou mais “específico”. As outras indicações foram sendo deixadas de lado. Ainda que, nessa época, predominassem os tratamentos psicodinâmicos na psiquiatria, e os medicamentos não fossem utilizados de forma sistemática, a ideia de que o metilfenidato normaliza condutas já estava presente: “Estudos recentes sugerem fortemente que o metilfenidato e a d-anfetamina ‘normalizam’ a criança hiperkinética por melhorar ou sustentar a atenção mais do que por sedar a criança” (COLE, 1975, p. 30). Isso indica a forte presença de explicações cerebrais para os problemas de atenção.

A crença na “normalização” do comportamento realizada por um medicamento gerou promessas e expectativas de que os transtornos mentais poderiam ser tratados como as demais áreas da medicina. Por exemplo, citamos o trecho de um artigo comparando o tratamento para os problemas de comportamento infantil com antibióticos: “aqui, pela primeira vez, podemos ter o início de uma situação diagnóstico-tratamento, análoga a diagnosticar pneumonia pneumocócica e tratá-la com penicilina ou diagnosticar pneumonia por *Hemophilus influenzae* e tratá-la com ampicilina” (ARNOLD et al., 1973, p. 168).

No caso da fluoxetina, os psiquiatras começaram a prescrever inicialmente para os adultos, em seguida para os adolescentes menores de 18 anos e, finalmente, “começaram a experimentar a prescrição de ISRS em crianças, incitando as empresas farmacêuticas a promover produtos destinados às crianças, como uma versão líquida de Prozac para permitir a prescrição de doses

inferiores à capsula padrão de 20 miligramas” (Timimi, 5, p. 5). Desse modo, entre os anos de 1992 e 2001, tanto nos Estados Unidos quanto na Inglaterra as prescrições a crianças e adolescentes aumentaram dez vezes, independente de existir ou não autorização da FDA para uso do fármaco nessas faixas etárias. Nesse mesmo período foram patrocinadas pesquisas pela indústria farmacêutica para verificar a eficácia da fluoxetina no tratamento de crianças. “Entre os ISRSs a fluoxetina é o único agente aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para uso na depressão em crianças a partir dos 8 anos de idade. É considerada a medicação de primeira escolha para tratar crianças e adolescentes com depressão por sua eficácia e sua segurança comprovadas” (Curatolo, Brasil, 2005, p. 173)

As críticas e as denúncias sobre os efeitos adversos dos antidepressivos no campo da infância se multiplicaram rapidamente. Alguns estudos, como o “Estudo 329” publicado em 2001, analisado por Peter Gotszches em “Psicofármacos que matam”, foi financiado pelo laboratório Glaxo Smith and Klein. Esse estudo afirmava que a paroxetina (Paxil), um ISRS era bem tolerado em adolescentes, estudos posteriores realizados sobre esses mesmos dados evidenciaram que de fato o resultado tinha sido fraudado e que não existia diferença entre o grupo que utilizou a droga e o grupo que utilizou Placebo (Gotszches, 2016:134). Outras falsas alegações foram descobertas nesse período, que foram retratadas em um documentário da BBC de Londres, denominado “Panorana” de grande difusão. No livro “Insane Medicine”, Timimi comenta que depois de exibido o documentário, a BBC recebeu milhares de ligações de pacientes que afirmavam sentir os efeitos colaterais descritos, ansiedade, impulsos agressivos e sentimentos suicidas, depois de tomar antidepressivos. Perante essas informações no ano 2003 o Reino Unido emitiu novas orientações aos médicos afirmando que os antidepressivos não deviam ser prescritos para crianças menores de 18 anos, um fato que conseguiu diminuir a prescrição por um período. Porém, pouco depois voltou aos parâmetros anteriores.

Nos Estados Unidos ocorreu um movimento semelhante, as críticas foram acumulando-se até que no ano 2004 a FDA emitiu um comunicado conhecido como “alerta de caixa preta”. Essa faixa na ordem de prescrição da medicação, indica que o medicamento tem efeitos colaterais graves, neste caso concreto trata-se de risco de suicídio em crianças e adolescentes menores de 18 anos. O comunicado da alerta da caixa preta surge como resposta a um estudo realizado por nove empresas farmacêuticas que concluiu que o tratamento com ISRS duplicava o risco de suicídio em crianças, quando comparados com o grupo que recebeu placebo. Outras evidências contrárias à eficácia do uso de antidepressivos na infância se acumularam nos últimos anos.

Recentemente Peter Gotszches apresentou uma meta-análise mostrando que existiam evidências consistentes de efeitos colaterais graves dos antidepressivos em crianças medicadas com ISRS, destacando seus efeitos viciantes e incapacitantes, e afirmando que os ISRS podem causar suicídio em crianças. Apesar das evidências acumuladas os antidepressivos continuam sendo prescritos para crianças em idade escolar em todo o mundo

O papel que medicamentos à base de moléculas com tropismo pelo Sistema Nervoso Central, os psicotrópicos, desempenham na ampliação de diagnósticos psiquiátricos na infância passa por problematizações de caráter conceitual sobre a ação destas drogas, assim como discussões de eminentes pesquisadores da área. A voz que deu início a um entendimento mais direto da ação de psicofármacos neste processo foi a de Robert Whitaker, com a publicação do livro *Anatomia de uma Epidemia*, em 2010. O autor mostra, através de uma pesquisa minuciosa de artigos provenientes do campo da psiquiatria biológica, que tais substâncias tiveram papel fundamental na disseminação de transtornos mentais. A hipótese demonstrada é a de que medicamentos utilizados no tratamento de transtornos mentais fazem mais mal do que bem, produzindo ainda mais sintomas naqueles pacientes sob tratamento, o que eventualmente levaria a outro diagnóstico que pudesse explicar o surgimento deles. O fato é que, mesmo efeitos adversos registrados na literatura médica, na maioria das vezes não são considerados por psiquiatras como decorrentes do uso da medicação, mas sim definidos como uma progressão da doença, caracterizando-se por mais e mais sintomas, culminando em novos diagnósticos (WHITAKER, 2010).

Para Whitaker (2010), este processo se inicia na infância com o tratamento do TDAH com o metilfenidato, conhecido no Brasil pelo nome Ritalina® e com o tratamento de crianças com diagnóstico de depressão tratadas com antidepressivos. A lógica explicativa demonstra que medicamentos causam sintomas que serão considerados no diagnóstico de novos transtornos, que receberão novas drogas e que geram mais sintomas adversos, em um ciclo de deterioração do paciente, explicado pela psiquiatria biológica como a progressão ou a evolução de transtornos mentais. A partir disso, verifica-se que este modelo explicativo se tornou hegemônico, de forma que os danos causados por medicamentos raramente são levados em consideração durante a clínica de pacientes com doenças mentais.

Para corroborar os achados de Whitaker, dispomos do conceito de virada maníaca (descrito há muito na literatura científica), e dos conceitos de anosognosia e *spellbinding*, à luz de problematizações do psiquiatra norte americano Peter Breggin.

A virada maníaca é um efeito colateral de muitos medicamentos, principalmente antidepressivos e estimulantes. O paciente em tratamento, a qualquer momento, pode experimentar sintomas de um episódio maníaco ou hipomaníaco, causado pela substância (MARTÍNEZ; GONZÁLES; SOTOMAYOR, 2004). O próprio DSM faz esta descrição a partir de sua terceira edição. No entanto, a cada nova publicação do manual, as designações para que tipo de entendimento deveria ser empregado para quadros com estas características, a possibilidade de um correto entendimento do quadro determinado pelo uso do fármaco seria mais esparsa. Assim, a partir do DSM-IV já não é mais possível que um paciente que tem o acompanhamento de um psiquiatra e que os medicamentos que utiliza tenham sido por ele prescritos, possa receber um diagnóstico de virada mania. No lugar, a opção colocada pelo DSM é o diagnóstico de um quadro maníaco, podendo rapidamente realocar o paciente em outro diagnóstico grave, o transtorno bipolar.

O conceito de anosognosia foi tomado por Peter Breggin para o desenvolvimento de um novo entendimento sobre alguns efeitos de psicofármacos, o *spellbinding*, sem tradução literal para o português. A anosognosia é um conceito amplo, que não se restringe a medicamentos psicotrópicos, mas aos efeitos de qualquer medicamento em um paciente, de forma que, mesmo com sinais e sintomas de que algo está errado, o paciente não consegue perceber e entender que experimenta uma alteração. O termo *spellbinding* refere-se a um estado que poderíamos traduzir ao português como um feitiço causado pelo psicofármaco, um dano que pode ser leve o grave, mas que em todos os casos não é percebido pelo paciente, mesmo quando é algo muito diferente de seu comportamento habitual (BREGGIN, 2008).

Peter Breggin descreve em seu livro *Medication Madness* (2008), situações pelas quais pacientes em uso de psicotrópicos experimentaram severos quadros, sendo um deles episódios maníacos. Assim, o autor afirma que todo tipo de psicofármaco pode ser gerador deste tipo de quadro sintomático. No entanto, são os antidepressivos (principalmente os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina – ISRS) e os estimulantes (como o metilfenidato), os maiores responsáveis por quadros de *spellbinding*.

Para Joanna Moncrieff (2008), é preciso que exista uma nova forma de compreender os efeitos de drogas psicotrópicas, utilizando-se de honestidade quanto ao efeito global que provocam no corpo. Neste sentido, não seria indicado pensar em efeitos terapêuticos e efeitos adversos, mas que drogas causam alterações que provocam determinados sintomas. Assim, seria possível indicar drogas que fossem condizentes com os casos clínicos apresentados pelos pacientes e com os efeitos desejados, como por exemplo o desejo de obter um efeito tranquilizador. Para isto, existe uma ampla gama de drogas que

podem trazer tais efeitos. Seria então necessário verificar por quanto tempo e qual molécula seria escolhida, com base em todos os efeitos que ela gera. Por exemplo, caso um psicotrópico seja escolhido, seria preciso compreender que, além do efeito tranquilizador, é possível que o paciente experimente quadros periódicos de discinesia tardia, um efeito devastador desta classe medicamentosa.

Assim, a Moncrieff sugere que psicofármacos sejam utilizados pelo menor tempo possível, na menor dose possível, e somente em caso de extrema necessidade, levando em consideração todo o exposto anteriormente (MONCRIEFF, 2008).

Com relação ao aumento do número e das possibilidades diagnósticas de transtornos mentais em crianças, verificamos que existe de fato uma possibilidade de que medicamentos utilizados para o tratamento de condições de saúde mental, pudessem representar um papel importante nesta disseminação. A prescrição de metilfenidato e antidepressivos para crianças já na década de 1990 era astronômica, mais um fator explicativo deste fenômeno de uma epidemia de transtornos mentais no campo da psiquiatria infantil.

Considerações finais

Como é possível perceber, as histórias dos transtornos mentais infantis no século XX são paralelas ao surgimento e popularização do uso de psicofármacos, que foram importantes na legitimação das explicações biológicas para esses transtornos, bem como de sua naturalização enquanto diagnóstico psiquiátrico.

Timimi considera que existem outras duas possibilidades para explicar o dramático aumento de transtornos mentais na infância. A primeira é que, de fato é possível afirmar que existe um incremento real de sofrimentos psíquicos e de comportamentos socialmente indesejados na infância, mas que esse incremento estaria vinculado a mudanças sociais, econômicas e ambientais decorrentes das exigências e do espírito de concorrência próprio das sociedades neoliberais, cujos impactos diretos na forma de organizar a vida familiar e individual, foi bem estudado por autores como Christian Laval e Wendy Brown, dentre outros. A segunda possibilidade refere-se a uma mudança social no modo como administramos e gerimos nossas emoções e conseqüentemente, ao modo como nos vinculamos com as emoções e os comportamentos das crianças. Isso ocorre quando, pais e professores, transformam sentimentos de tristeza ou frustração, ou comportamentos indesejados de seus filhos, em problemas médicos.

Entende que essas duas possibilidades, o aumento de sofrimentos psíquicos na infância, e a mudança no modo de nomear os sentimentos utilizando categorias médicas e de diagnóstico, não são excludentes, mas interatuam como duas fases de um mesmo fenômeno. Dito de outro modo “É possível que mudanças culturais e ambientais causem o crescimento de certos problemas emocionais e condutais que, por sua vez, nos leva a um maior escrutínio, mudando nossa percepção sobre a infância. Por outro lado, e como consequência de nossa percepção e sobre o significado (médico) que damos as emoções e ao comportamento das crianças, se produz uma alteração em nosso modo de gerir as relações e em nossa prática cotidiana (de educação e cuidado) que acabará aumentando esses problemas”.

Além disso, podemos perguntar se o fato de psicofármacos terem efeitos no cérebro indicam que a “doença” tratada é uma doença cerebral. Como resposta, vale destacar, num primeiro momento que, apesar de haver hipóteses sobre anomalias de neurotransmissores em pacientes diagnosticados com transtornos mentais, em várias décadas de estudos essas hipóteses não foram confirmadas, nem com estudos de neuroimagem ou genéticos (ROSE, 2019).

Os efeitos dos psicofármacos, de acordo com Moncrieff (2013), não se dão nas vias que causam o sofrimento, mas sim em vias independentes, muitas vezes de forma danosa ao organismo, resultando na redução de algumas características consideradas sintomas de transtornos mentais, como emoções, agitação, ansiedade, delírios, etc. Esses medicamentos não são específicos para um transtorno causado por mecanismos moleculares subjacentes, como já ficou claro, mas eles fazem alguma coisa, não só por atuarem em vias neuronais, como citado acima, mas por dependerem também dos desejos e emoções dos próprios usuários, suas expectativas, crenças e cenários sociais (ROSE, 2019).

REFERÊNCIAS

ABI-RACHED, J.; ROSE, N. The birth of the neuromolecular gaze. **History of the human sciences**, v. 23, n. 1, p. 11–36, 2010.

AMARAL, L. H. **Discursividades em torno da prevenção e controle de risco em saúde mental**: a psiquiatria do desenvolvimento. 2020. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

ANTHONY, J.; SCOTT, P. Manic-depressive psychosis in childhood. **Child Psychology and Psychiatry**, v. 1, p. 53–72, 1960.

APA, American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental**

Disorders: DSM-II. 2. ed. Washington D.C.: APA, 1968.

APA, American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:** DSM-III. 3. ed. Washington D. C.: APA, 1980.

APA, American Psychiatry Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais:** DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARNOLD, E.; KIRILCUK, V.; CORSON, S. A.; CORSON, E. O. Levoamphetamine and dextroamphetamine: differential effect on aggression and hyperkinesis in children and dogs. **The American Journal of Psychiatry**, v. 130, n. 2, p. 165–170, 1973.

BREGGIN, P. **Medication Madness.** New York: St. Martin's Press, 2008.

CAPONI, S. **Uma sala tranquila:** neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. São Paulo: LiberArs, 2019.

CARLSON, G. A.; GLOVINSKY, I. The Concept of Bipolar Disorder in Children: A History of the Bipolar Controversy. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 18, n. 2, p. 257–271, 2009.

COLE, S. O. Hyperkinetic children: the use of stimulant drugs evaluated. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 45, n. 1, p. 28–37, 1975.

DELONG, G. R. Lithium carbonate treatment of select behavior disorders in children suggesting manic-depressive illness. **The Journal of Pediatrics**, v. 93, n. 4, p. 689–694, 1978.

FEIGHNER, J. P. et al. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. **Archives of General Psychiatry**, v. 26, p. 57–63, 1972.

GLOVINSKY, I. A brief history of childhood-onset bipolar disorder through 1980. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 11, n. 3, p. 443–460, 2002.

HEALY, D. **Mania:** A Short Story of Bipolar Disorder. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2008.

LIPKIN, K. M.; DYRUD, J.; MEYER, G. G. The Many Faces of Mania. **Archives of General Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 262=267, 1 mar. 1970.

KRAEPELIN, E. **Cent ans de psychiatrie:** suivi de La folie maniaco-dépressive. Bordeaux: Mollat, 1997.

LEAKE, C. D. Newer stimulant drugs. **The American Journal of Nursing**, v. 58, n. 7, p. 966–8, 1958.

MARNEROS, A.; ANGST, J. Bipolar disorders: roots and evolution. In: MARNEROS, A.; ANGST, J. (Orgs.). **Bipolar Disorders:** 100 years after manic-depressive insanity. New York: KLUWER ACADEMIC PUBLISHERS, 2002. p. 1-35.

MARTÍNEZ, J. C. A.; GONZÁLES, C. L.; SOTOMAYOR, C. F. Bipolaridad tipo III en niños: Una situación no diagnosticada. **Revista chilena de pediatría**, v. 75, n. 5, p. 420–424, 2004.

MASON, B. L.; SHERWOOD BROWN, E.; CROARKIN, P. E. Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. **Behavioral Sciences**, v. 6, n. 3, 2016.

MONCRIEFF, J. **The Myth of the Chemical Cure**. Hampshire: PALGRAVE MACMILLAN, 2008.

MONCRIEFF, J. Magic bullets for mental disorders: The emergence of the concept of an “Antipsychotic” drug. **Journal of the History of the Neurosciences**, v. 22, p. 30–46, 2013.

RAFALOVICH, A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis, and the child deviant, 1877-1929. **An Interdisciplinary Journal**, v. 22, p. 93–115, 2001.

ROSE, N. **Our psychiatric future: the politics of mental health**. Cambridge: Polity Press, 2019.

TIMIMI, S. **Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood**. New York: Brunner-Routledge, 2002.

WEINBERG, W. A.; BRUMBACK, R. A. Mania in Childhood: Case Studies and Literature Review. **American Journal of Diseases of Children**, v. 130, n. 4, p. 380–385, 1 abr. 1976.

WELTER, A.C. 2021. **Transtorno Bipolar Infantil: argumentos e condições históricas para a incorporação do diagnóstico na psiquiatria infantil**. 2021. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

WHITAKER, R. **Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America**. New York: Broadway Books, 2010.

EL CASO DE IRIS CABEZUDO: INTERVENCIONES PSIQUIÁTRICAS, EFECTOS Y RESISTENCIAS EN EL URUGUAY (1935-1985)

**Fabrizio Vomero
María José Beltrán**

Introducción

En el año 1995, los psicoanalistas Raquel Capurro y Diego Nin en un estupendo trabajo intitulado “Extraviada” analizan el caso de una joven de 20 años, quien luego de una serie de circunstancias trágicas asesina de dos disparos a su padre, el 12 de diciembre de 1935 en la ciudad de Montevideo, en la escalera de entrada a su casa y luego de que entre su padre y su madre se produjera una fuerte y violenta escena. Violencia frecuente y natural en la casa, lugar que era escenario periódico de múltiples conflictos.

Tal como lo presentaremos y analizaremos, el caso del parricidio y posterior vida de Iris Cabezudo permite visualizar determinadas intervenciones de la psiquiatría sobre las personas en distintos momentos históricos y los efectos que tuvo sobre los llamados “enfermos mentales” devenidos en sus “objetos”. Esas intervenciones implicaron transformaciones profundas en sus trayectorias vitales.

En el caso que se aborda, la intervención médica abarcó un largo periodo que transcurre entre los años 1935-1985, desde el parricidio hasta la muerte de Iris, contribuyendo en forma decisiva al desenlace del caso. Pese a ello, se emprende también el amplio problema expresado de distintos modos por Iris en muchos momentos, traducidos como “resistencias” a la psiquiatrización.

La construcción del caso de la joven homicida

En el mencionado texto, los autores visitan los diarios nacionales que se ocupan extensamente de los pormenores del hecho, con el característico estilo narrativo de la época. Allí afirman que la prensa es el primer lugar desde donde se interpreta este hecho. Por esta razón, ocuparse de la narración periodística es muy importante porque es el lugar desde donde se comienza a “pre-construir el objeto”, contribuyendo a la producción del sentido social desde donde se piensa un acontecimiento en el primer momento. Otros autores, como sería el caso de Fessler (2012, 2021) también afirman la enorme influencia que tuvo la prensa en la construcción social de ese hecho delictivo.

La primera construcción del caso es entonces periodística. El 12 de diciembre del año 1935, la ciudad de Montevideo se conmociona con un inesperado suceso policial: una joven estudiante de magisterio de 20 años asesina a su padre en su propia casa.

La prensa en su edición matutina recogerá los detalles en su edición del día 13 de diciembre, surgiendo los primeros relatos del hecho. *La Mañana* da por cierta la primera versión materna, se habla de una “vida de martirio”, identifican al muerto como un individuo “celoso” que había convertido la vida de toda la familia en un verdadero tormento. El muerto era un verdadero “loco”, por lo cual se explora y profundiza en la psicología del asesinado y diseccionan la vida familiar. El diario *El Día* también describe la “situación agobiante” de la familia, la violencia constante del padre hacia todos. Iris entonces pone fin a la situación vivida al llegar al límite de lo insoportable, y señala que la muchacha tiene además “un cerebro de perfecto equilibrio”. Reseñan también la vida intrafamiliar y las escenas repetidas durante años en que “la madre de ellos llevaba una vida insoportable que iba minando su salud”. El homicidio se lee como un acto inevitable y liberador que pone fin a una situación familiar martirizante, insoportable e insostenible.

El proceso judicial

En el primer momento toda la explicación jurídica psiquiátrica interpreta el hecho delictivo como un evidente efecto de la locura del padre de Iris, su comportamiento anormal, y a la violencia ejercida principalmente sobre la madre y los hijos. El homicidio resulta un acto emancipador del tirano que condenaba a una vida miserable a la familia toda, pero en especial a su esposa, a quien Iris en último término cree defender. De este modo, en este momento de la comprensión del caso, Iris es desresponsabilizada de la muerte y de su acto.

Desde un primer momento, Iris reconoce la autoría del hecho. En su primera declaración, describe la vida familiar y sus detalles mórbidos, luego frente al juez repite en similares términos la existencia hogareña, donde nuevamente habla de la violencia y la continua tensión bajo la que estaban todos los miembros del grupo, a los que el padre los sometía.

Cuatro días después del homicidio y estando apresada, Iris comienza un ejercicio de escritura que continúa durante todo el año siguiente. Allí habla de su vida, de su relación con su padre describiéndolo detalladamente, también de su madre y múltiples escenas de la vida familiar, valorando el vínculo de sus padres y también reflexiona sobre las personalidades de ambos.

En un proceso judicial hay lugar para muchos testimonios, las miserias humanas se evidencian y exponen, desfilando múltiples testigos: compañeros de trabajo del muerto, conocidos, ex compañeros de habitación, todos hablan sobre la personalidad y hábitos del padre de Iris. Allí lo definen como “vengativo”, alguien que “no olvidaba ofensas”, dueño de un “excesivo sensualismo” y que sometía a un verdadero *secuestro* a su cónyuge, e incluso se lo hace responsable de la muerte de su primera esposa debido a supuestos excesos sexuales¹.

Como bien señalan Capurro y Nin (1995), durante todo el proceso de Iris, parece que el verdadero juzgado es el muerto. Un único testimonio contradice en ese primer momento la versión de que todos eran víctimas de la tiranía de Lumen, y es realizado por su hermano, quien a través de un escrito directamente responsabiliza a la esposa del régimen en que hacía vivir a su hermano y que el acto homicida es un acto premeditado por ella, siendo Iris su brazo ejecutor.

Se suman también las profesoras y las compañeras de Magisterio de Iris, quienes a través de cartas expresan su afecto y aprecio por la detenida, mediante las cuales intentan defenderla y ayudar en su causa.

El tiempo judicial comienza su lenta cuesta y finalmente dos años después se decreta su libertad exonerándola de toda culpa y responsabilidad. Se la declara al final del proceso judicial “inimputable” y “no patológica”, lo que a Capurro y Nin les parece un veredicto paradójico, es decir: sana de espíritu, pero a la vez inimputable del acto criminal cometido.

La “locura” de Iris y su encierro en el Vilardebó²

Luego de este paréntesis, regresa a su vida normal, retornando a su casa junto a su madre y sus hermanos, retomando y finalizando sus estudios

¹ Lumen Cabezudo tuvo una primera esposa con quien tuvo un hijo. Ambos murieron tempranamente.

² El Hospital Vilardebó fundado en el año 1880, era y es el hospital referente de la salud mental pública del Uruguay. ubicado en la ciudad de Montevideo.

de magisterio. El caso se silencia hasta que 20 años después vuelve a resurgir bajo circunstancias particulares.

En el año 1957, dos circunstancias confluyen en su vida: la tensión crece en el seno de la vida familiar y es sumariada en el ámbito de su trabajo como maestra en una escuela pública de Montevideo. En ese momento se rompe la unión madre-hija, ya que Iris desobedece dictados maternos al defender a su hermano menor, alentando su independencia; nota “rarezas” en el comportamiento de su madre y reinterpreta el homicidio de su padre, piensa que ella lo instigó y que luego de producido no lo condenó.

Iris busca a Isidro Más de Ayala, psiquiatra destacado en el ámbito nacional de la época, no solamente por su prestigio como médico, sino especialmente por su obra literaria en la que reflexiona sobre la vida hospitalaria, la naturaleza del encierro psiquiátrico, la locura y la función del psiquiatra, como también por sus apuntes etnográficos sobre el Uruguay, su gente y sus costumbres.³ Si Iris leyó alguna de sus obras es una incógnita. Sí sabemos que fue a buscarlo a él y no a otro médico, y le planteó el drama que vivían en su casa, y que era necesario que atendiera a su madre. Lo que demanda al final no sucede, siendo ella quien es internada en el Hospital Vilardebó donde la atiende el médico Brito del Pino, jefe de la Clínica Psiquiátrica de ese hospital. Fue a que estudiaran a su madre, expresó que no estaba bien y creía que debía verla un psiquiatra y, sin embargo, nada de eso finalmente aconteció. Por el contrario, la internan a ella, hecho a partir del cual será considerada para siempre “loca”, abriéndose un segundo período en todo este proceso, mediado por su mala relación con los psiquiatras que la atienden. Esta intervención psiquiátrica la leerá como el efecto de una alianza entre los psiquiatras y su madre abriendo una compleja etapa. Capurro y Nin (1995) establecen con claridad que esta operativa psiquiátrica está cargada de consecuencias negativas permanentes para Iris, es decir, las intervenciones psiquiátricas tienen efectos y consecuencias que no se suele evaluar. Podemos afirmar que contribuyen a que acontezca aquello que definen y describen.

La historia de las evaluaciones psiquiátricas

La evaluación psiquiátrica de Iris tiene tres grandes momentos. En primer término se le realizan dos peritajes a efectos de clarificar si se trata, inmediatamente luego del crimen, de una persona de mentalidad normal. El segundo momento es veinte años después cuando en el caso se produce el

³ Nos referimos a “Cuadros de hospital” (1926), “Por qué se enloquece la gente” (1945), “El loco que yo maté” (1941), “Montevideo y su Cerro” (1960).

giro inesperado. El tercer tiempo lo identificamos como el último, que queda documentado en su historia clínica final donde se registran sus internaciones de los años ochenta, a través de anotaciones escuetas se reflejan las últimas intervenciones, en forma de diagnósticos posibles y tratamientos farmacológicos.

La presencia psiquiátrica en los procesos judiciales estaba orientada a establecer principalmente tres cosas: primero si el individuo acusado de un crimen era un sujeto responsable o irresponsable, en tanto si un crimen había sido cometido en pleno uso de las facultades mentales, o si se podía establecer que era el efecto de enajenación mental. En segundo término, el psiquiatra también debía ser capaz de establecer los móviles del crimen y volverlo de este modo comprensible y razonable. Es decir, tal como señaló Foucault (2000), la presencia psiquiátrica en los procesos judiciales debía además unir al final al criminal y al crimen, llevarlo desde el nacimiento hasta la escena final, como si el hecho delictuoso fuera en definitiva el desenlace inevitable de una biografía. En tercer lugar, correspondía al psiquiatra evaluar la peligrosidad del individuo investigado.

En el caso en cuestión, el primer peritaje lo realiza Camilo Payssé⁴ a pedido de la defensa y lo publica en la Revista de Psiquiatría del Uruguay⁵ un año luego del asesinato y con el proceso judicial aún en marcha. A pedido del juez que entiende el caso se produce la pericia oficial, a cargo de los doctores Rossemlat y Zamora.

En el segundo tiempo del caso, presenta un particular interés el trabajo del psiquiatra que interviene en la internación psiquiátrica del año 1957, el Dr. Brito del Pino y también publicado en la Revista de Psiquiatría del Uruguay.

En ese tercer tiempo de la intervención psiquiátrica, Iris es para los médicos que la atienden, una total desconocida. No conocen su caso ni sus antecedentes al haberse perdido su historia clínica, y donde su situación se vuelve relevante al definirla lacónicamente como de “interés docente”.

La pericia psiquiátrica solicitada por la familia: “Un caso de parricidio”

En defensa de Iris, se solicita a Payseé que participe, en calidad de perito privado, para que opine sobre las circunstancias y causas del hecho delictuoso y, a la vez, establezca si Iris Cabezudo tiene responsabilidad en los hechos ocurridos y si, además, representa alguna clase de peligro.

⁴ Camilo Payssé (1879-1955) cursó estudios en la Facultad de Medicina, de la cual egresó en 1904. Se orientó posteriormente hacia la psiquiatría y luego de ser asistente de la Clínica Psiquiátrica, en 1927 obtiene el título de Profesor Agregado de Psiquiatría. Fue designado Inspector general de Psicópatas, cargo que desempeñó entre 1942 y 1952. Fue médico psiquiatra de Sanidad Militar entre 1939 y 1953. Ocupó la presidencia de la Sociedad de Psiquiatría y dirigió durante años la Revista de Psiquiatría del Uruguay. Fuente: [art_28_paysee.pdf \(smu.org.uy\)](#)

⁵ Número 4, año 1936, titulado *Psicogénesis de un parricidio*.

El informe comienza con una extensa y ecléctica teorización psicopatológica donde se revisan autores y conceptos típicos de la época⁶, utilizados por el perito para sustentar su análisis y comprensión del caso.

Afirma que a sus conclusiones llega luego de haber realizado un extenso estudio del medio familiar, habiendo de alguna manera convivido en el ámbito del hogar, a lo que suma la lectura completa del expediente, la interrogación de distintos testigos, además de inspeccionar los lugares fundamentales.

En primer lugar, se ocupa del muerto. Refiere que dos colegas próximos, que aún sin llegar propiamente a asistirlo lo habían conocido, le proporcionaron un saber que de alguna manera parece ser suficiente para caracterizar y definirlo como un sujeto que “carecía de regulada ponderación”. El padre es el primer estudiado y Payseé ahonda en su psicología aun sin haberlo visto nunca, solamente a partir de testimonios recogidos. Lo describe como alguien que era “cruel”, “loco”, “ególatra”, “vanidoso”, “orgullosa”, con una falta total de control, “violento y ofensivo, déspota, intransigente”, un individuo que “imponía su voluntad” a todos, golpeaba y que además “lo sabía todo”. Se caracterizaba por poseer un descreimiento de la medicina, cuestión que quedó registrada en sus escritos⁷. Los psiquiatras amigos que lo habían conocido lo definieron como “paranoico” padeciendo de sus atributos principales: “orgullo, susceptibilidad, inadaptabilidad, celos, interpretaciones y sentimientos de suspicacia”.

Luego de explicado el padre, llega el turno de definir a Iris, quien es caracterizada como “*un espíritu ordenado*”, conclusión a la llega luego de revisar exhaustivamente sus cuadernos de estudiante y especialmente los diversos trabajos y manualidades realizadas. A esto le suma que es elogiada por sus maestras para quienes “su intelecto es de un equilibrio perfecto”. Las alabanzas se repiten, todo en ella es “medido, sesudo, justipreciado, ponderado”, se caracteriza por cumplir con todos los trabajos, siendo ordenada, metódica y disciplinada, a lo que agrega que “adora y hace culto de su madre”.

⁶ Se hace referencia a la idea de emoción de Janet; la cólera o “emoción corta” y la definición de “pasión” de Ribot; al “estudio psicoanalítico de la personalidad”, con referencias a Freud y a la “psicología individual” de Adler.

⁷ En varios artículos, escritos en el período anterior a su segundo matrimonio, publicados en la Revista de la Federación Teosófica de Uruguay y en *Natura*, entre los años 1907 y 1910, Lumen Cabezudo expresa algunas de sus ideas más importantes acerca de la vida naturalista, sus creencias filosóficas, el vegetarianismo y especialmente sus convicciones de fuerte resistencia a la medicina, en particular a la cirugía y a la vacunación. Las resistencias a la psiquiatría que acompañarán los recorridos de Iris a partir de sus internaciones psiquiátricas tienen aquí lo que podríamos identificar como una “prehistoria”. Iris creció en un ambiente anti-médico que acompañó al resto de la familia hasta los últimos momentos de sus vidas. En algunos de sus textos se pueden leer definiciones sobre los médicos a quienes califica como “brujos modernos” y ser la “clase más siniestra para la humanidad” (CAPURRO, NIN, 1996:38).

Al situar la relación de Iris con el asesinato de su padre explica que “Iris mató por exceso de amor” y por poseer una “hipertrofia de su “complejo materno”, a la que le suma el adleriano “complejo de inferioridad” y estando tomada por una emoción descontrolada luego de padecer largamente una gran presión y un malestar acumulado.

Sobre la responsabilidad y la posible peligrosidad de Iris, concluye que el hecho delictuoso fue completamente causado por la personalidad y el comportamiento de Lumen Cabezado, el padre muerto, mientras que Iris es desresponsabilizada *del* mismo.

Evaluar su posible peligrosidad se vuelve el problema más urgente a resolver⁸ y para ello Payseé evalúa: i) el pasado de Iris, que es extensamente considerado y que aleja toda posibilidad de peligro; ii) “la herencia”⁹, que es sopeada como la primera influencia, identificando como decisiva la de su madre, por lo que allí no existiría predisposición morbosa, siendo el ascendiente del padre, que sí podría ser patológica, casi nulo en Iris; iii) los “factores caracteriológicos y éticos” de Iris son descartados como causa del delito cometido. El homicidio es entendido como el resultado de una “desarmonía psíquica” teniendo una “génesis afectiva”, comprendiéndola como una reacción desmedida ante una brutal presión; iv) “el ambiente circundante y próximo” de la situación de la investigada, en especial su casa y el ámbito escolar, lugares donde Iris demuestra ser una persona colaboradora, trabajadora y que ayuda constantemente a los otros, caracterizándose por su constante reciprocidad.

Con la finalidad de argumentar y justificar la ausencia de toda peligrosidad en Iris, Payseé explora las razones del crimen, entendiéndolo en primer lugar como el resultado de un estado de ruptura del equilibrio psíquico luego de acumularse una brutal y prolongada tensión durante mucho tiempo, y en un momento crítico en que entiende está amenazada la vida de su madre.

⁸ En el momento en que se realiza la pericia, Uruguay estrenaba un nuevo Código Penal (1934) caracterizado por el predominio de la noción de peligrosidad, utilizado para determinar las medidas de seguridad curativas en casos de inimputabilidad. El Código uruguayo, redactado por Irureta Goyena, estuvo fuertemente influenciado por la escuela positivista italiana, que predicaba como base para determinar la pena, la peligrosidad criminal de un individuo, apelando a las premisas de la defensa social (Fessler, 2021; Beltrán, Remersaro, Zubillaga, 2021).

⁹ La herencia es una de las ideas fundamentales de la psiquiatría de la primera mitad del siglo XX. Según Foucault (2000:291): “El estudio de la herencia o la atribución a ella del origen del estado anormal constituye la meta somatización que todo el edificio hace necesaria. La meta somatización y el estudio de la herencia presentan a su vez, una serie de ventajas en la tecnología psiquiátrica. En primer lugar, un laxismo causal indefinido, laxismo que se caracteriza, a la vez, por el hecho de que todo puede ser causa de todo. En la teoría de la herencia psiquiátrica se establece no solo que una enfermedad de cierto tipo puede provocar en los descendientes otra del mismo tipo, sino también que puede producir con las mismas posibilidades, cualquier otra enfermedad de cualquier tipo. Mucho más, no es forzosamente una enfermedad la que provoca otra, sino algo como un vicio, un defecto. La ebriedad, por ejemplo, va a provocar en la descendencia cualquier otra forma de comportamiento desviado, ya sea el alcoholismo, desde luego, una enfermedad como la tuberculosis, o bien una enfermedad mental, e incluso un comportamiento delictivo.”

A todas luces, el informe sobre Iris recoge “la versión materna” de los hechos y de alguna manera expresa un primer tiempo de esa alianza madre-psiquiatra que Iris denunciará y enfrentará luego.

Payseé, leal al saber de la psiquiatría del momento, entiende que Iris como asesina, no califica. No posee ninguna de las características que la comprensión de la época tiene de la naturaleza criminal ni de las causas del crimen. Por lo tanto, Iris no puede ser culpable de nada y será también una víctima.

El informe busca desresponsabilizar a Iris. La madre, la defensa y el psiquiatra construyen un relato que en este momento busca defenderla, protegerla y liberarla de una condena de homicidio.

La pericia oficial: laudos de Rossemlat y Zamora

Luego de un breve pasaje por la cárcel de mujeres, Iris es internada en el Hospital Militar, lugar desde donde vive todo el proceso jurídico que se extiende durante dos años.

Los peritos oficiales en primer término necesitaban establecer si Iris debía ser considerada una persona normal o anormal.¹⁰ Utilizan nuevamente todos los elementos disponibles, incluso los textos presentados por la defensa y por el perito Payseé. Refieren también haber visitado en múltiples ocasiones a la propia estudiada.

En primer momento se ocupan del padre al que califican como un “paranoico vuelto un tirano” en el ámbito del hogar. La madre es incluida en el drama familiar como poseedora de una particular psicología, ubicándola en un rol protagónico en los hechos. Afirman haber leído el texto que ella escribió¹¹ y definen que además de poseer notables condiciones tiene también una “psicología de víctima” que la ubica en posición de perseguida. La madre como bien señalan Capurro y Nin, en esta pericia toma un rol activo en el drama a partir de “renunciamientos conscientes aceptados”, con los que obtenía determinadas compensaciones, como por ejemplo “dominar totalmente el ámbito del hogar y a los hijos”, “bloqueando espiritualmente al tirano”. Este quedaba reducido a dominar fuera de la casa teniendo una influencia mínima en relación a los hijos.

Por último, se ocupa de la propia Iris siendo exaltada en sus virtudes: “una joven extraordinariamente dotada, educada en una escuela de superación

¹⁰ Problema fundamental de todas las pericias psiquiátricas de la época extensamente estudiadas por Foucault (2000).

¹¹ Raimunda Spósito, la madre de Iris, escribe en defensa de su hija un texto en el que relata su versión de los hechos, describiendo el carácter de su esposo y todas las circunstancias vividas desde que se conocieron y la vida que llevaron en común. El documento completo se encuentra en Capurro y Nin (1995, 2019).

intelectual y moral continuadas, de carácter firme y convicciones incommovibles, completamente identificada con la madre” (CAPURRO, NIN, 2019: p.224)

Como elemento muy importante destacan la transformación física de la acusada luego del crimen y durante su presidio provisorio, la que ha vivido un verdadero “cambio hormonal”, una transformación notable que la hizo abandonar su característico aspecto infantil anterior al crimen, asumiendo un amplio desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios. Elementos anatómicos de los que carecía.¹²

Los peritos concluyen que el acto homicida es el resultado de un “impulso mórbido” con conciencia, pero sin lucha, actuando en estado mental de plenitud, pero a la vez privada de voluntad. Establecen entonces también que Iris actuó bajo un estado pasional, brotando en ella impulsos que no fue capaz de gobernar, no pudiendo domeñarlos con la reflexión, faltando en el acto los necesarios frenos inhibitorios.

A la hora de definir responsabilidades, no reclaman la inimputabilidad sino la “impunidad”, entendiendo al crimen como un acto cometido bajo la “presión de la pasión”.

Isidro Mas de Ayala, Brito del Pino y la primera internación en el Hospital Vilardebó en 1957

Como vimos, 1957 resulta un año difícil para Iris. Además de tener problemas en su hogar, tiene un sumario en camino que le realizan las autoridades de la educación primaria, a partir de diferencias que tiene con la directora de la escuela en la que ejerce como maestra, sobre cómo llevar las clases, y que también le generan dificultades con el Inspector de Educación Primaria.

Entonces Iris busca a Isidro Mas de Ayala, quien al escuchar el pedido de que estudie a su madre, a la que acusa de tener un plan para destruirla a ella y a sus hermanos, decide intempestivamente internarla en el Hospital Vilardebó, hecho que al final resultará fundamental y que derivará en una de las causas del desbaranco posterior.

En ese momento Iris comprende su internación como el efecto de una alianza concretada entre su madre y los psiquiatras. Estando internada escribe 300 páginas contando su visión de lo que está sucediendo y una nueva reinterpretación de todo lo vivido, texto que entrega al psiquiatra Brito del

¹² Este es un tema muy importante en la teorización y la casuística psiquiátrica de la época. Las relaciones entre la menstruación y los episodios de locura fueron extensamente estudiados. En el caso de Iris esto tiene mucha relevancia pues se quiere indicar su inmadurez, concepto fundamental al leer su acto criminal. Para ver las intrincadas relaciones de la endocrinología y la criminología revisar: *Elementos de biotipología criminal*. Mazileff, Jorge (1944). En: Revista de Criminología. Dirección General de Institutos Penales. Instituto de Criminología. Año I, Número I. Julio-Agosto 1944. Montevideo.

Pino, quien queda a cargo de su caso. En el año 1959, este publica en la Revista de Psiquiatría del Uruguay su un trabajo sobre la peligrosidad de los paranoicos donde analiza el caso de Iris.

Al analizar el caso, Capurro y Nin (1995) evalúan que el encuentro con el psiquiatra representa para Iris enfrentar un poder desconocido y arbitrario, prácticamente sin defensa ninguna, que la hará padecer los efectos brutales del poder psiquiátrico.

El título del artículo de Brito del Pino sitúa el problema que ha sido el más importante en su caso, ya evaluado en el año 1935, el tema de la “peligrosidad” pero esta vez ya mirado bajo la cuestión del diagnóstico de *paranoia* y su consiguiente gravedad. El artículo habla del problema en plural y sin embargo el texto sólo se ocupa del caso de Iris.

Comienza describiendo a Iris y a su familia¹³:

XX es una educacionista muy inteligente, que fue la mejor estudiante de su promoción. Los padres, ambos, era (el padre), y es (la madre) también muy inteligentes y muy cultos, aunque con graves deformaciones de sus personalidades. Dos hermanos varones, también inteligentes, aunque de carácter extraño: esquizoide uno, normal o casi normal el otro. Una hermana (probablemente ex-meningítica) intelectualmente disminuida. Hace más de 20 años, y teniendo ella 20 años de edad, cometió el delito de parricidio, motivado en gran parte por la conducta tiránica del padre, personalidad paranoica típica, el también.

Describe cómo llega Iris al hospital y la decisión de internarla que Mas de Ayala tomó, debido a dos razones: primero por encontrarse en estado de “excitación pasional”, y segundo por el “antecedente”, siendo inmediatamente calificada como “peligrosa”. Temen en alguna medida que la escena se repita, pero esta vez dirigida hacia su madre. No toman en cuenta que Iris no intenta agredir a nadie, ni amenaza ni pone en riesgo a nadie, solo busca ayuda médica.

Brito del Pino relata que luego de ser internada, en un régimen que califica como de “especial tolerancia” mantiene con ella múltiples “conversaciones psicoterápicas”, además de practicarle como tratamiento la insulino-terapia¹⁴ aunque señala que se le aplica en forma moderada.

¹³ La noción de “familias patológicas” tuvo influencia en las concepciones de la psiquiatría a partir de 1930. Tal como afirma Duffau (2013, p. 5): “La familia, considerada base de la sociedad, era para los médicos de la época y para quienes reproducían sus consideraciones, el centro productor de lo patológico, ya que el enfermo psiquiátrico compartía el hábitat, pero también la herencia; es decir que se destacaba la predisposición orgánica a lo que se sumaba un ambiente social pernicioso. La psiquiatría de la época dividía los pacientes entre personas con patologías psiquiátricas hereditarias y personas que habían nacido sin ningún síntoma psiquiátrico pero el medio los degeneró física y mentalmente.”

¹⁴ El tratamiento de insulino-terapia o la también llamada Cura de Sakel en honor a su inventor, comenzó a aplicarse en la década del treinta del siglo XX fundamentalmente en esquizofrénicos. Se trataba de producir un coma hipoglucémico por inyección subcutánea de insulina. Generalmente se aplicaba en la mañana a

Tras esas extensas conversaciones, el autor concluye que Iris tiene una “personalidad paranoica”, de “inteligencia sutil”, que no puede escapar a las “falacias”, siempre se encuentra ante “conclusiones previas apasionadas, una excesiva seguridad en sí misma”, siendo además “orgullosa y suspicaz” en extremo.

Brito del Pino elogió los escritos de Iris, comparando su valor literario al de grandes escritores del mundo contemporáneo, diciendo además que se trata de textos “por momentos con valor humano”. Los textos de Iris son definidos como “egocéntricos”, lo que de alguna manera descalifica su versión como relato posible de los hechos. Según afirman Capurro y Nin (1995), se establecerá al final la muerte civil de Iris, prohibiéndole el retorno a su casa y a su trabajo como condición para recibir el alta, dos espacios fundamentales en la vida de la paciente. En virtud de su presumida peligrosia, se la condena, a partir de este momento, a una vida de errancia callejera y vagabundeo que la llevará a internaciones constantes, toda vez que la policía la detenía en la calle, repitiéndose las internaciones y las fugas. La condición de persona peligrosa la acompañará de por vida, sin evaluarse jamás que Iris nunca volvió a agredir a nadie, y que siempre identificó en sus escritos el horror que sentía por matar.

Esta primera intervención psiquiátrica dispuso una de las medidas terapéuticas típicas de la psiquiatría de la época: separar al enfermo de su familia, aún sin plantear una alternativa aceptable y a la vez impidiendo su labor profesional, condenándola también a la imposibilidad de ganarse la vida trabajando y teniendo que vivir de su magra jubilación de maestra. Los efectos que tienen sobre Iris estas dos decisiones, lamentablemente los psiquiatras que se van ocupando de su caso, no consideran necesario evaluarlo. Son entendidas como medidas de protección social esenciales. De más está decir, que las predicciones sobre el peligro de Iris no se cumplen y nunca será peligrosa socialmente. Pero esa rectificación no llegará nunca.

La vida errante en la calle: entre internaciones y fugas

Mientras deambula por las calles, Iris reconoce a una ex docente de magisterio, la señora Tuana, a la que ve mientras lava la vereda de su casa. Inician una serie de encuentros y conversaciones que durante muchos años

sujetos que se encontraban en ayuno. A las dos horas, el paciente empezaba a experimentar lo que llamaban un “choque húmedo”, transpiración abundante, vértigos, cefalalgias y palpitaciones. Luego se producía un estado comatoso en el que se lo dejaba un tiempo. Luego se lo despertaba suministrándole azúcar, lo que hacía que el enfermo recobrara la conciencia y entonces se le proporcionaba un desayuno rico en carbohidratos. Este tratamiento podía ocasionar algunos problemas y dificultades de orden respiratorio y cardíaco, y también crisis convulsivas, incluso la muerte. Por todas estas razones se reclamaba que antes de someter a un enfermo a este tratamiento, se lo evaluara físicamente en profundidad. Teniendo en cuenta las condiciones hospitalarias del Vilardebó en los años cincuenta, podemos inferir en qué condiciones le aplicaron el tratamiento a Iris.

representan para Iris el único diálogo humano, que habilita una posible relación que no adopta caracteres persecutorios.

Durante todo ese tiempo, sabemos que las internaciones se suceden siempre del mismo modo: la policía la encuentra vagando por la calle, arrastrando sus paquetes de diarios y sus anotaciones personales y la llevan al Villardebó, donde ella sistemáticamente y a la menor oportunidad, se fuga.

Sabemos por las anotaciones del psiquiatra que la atiende en el Hospital en su historia clínica de este último tiempo, que es internada en la sala de la Facultad de Medicina por revestir “carácter docente”, y que recibe como tratamiento haloperidol y clorpromizina.

La historia de Iris como un caso para estudiar las resistencias a la psiquiatría

Capurro y Nin (1995) afirman que Iris de alguna manera fue una paradoja para su tiempo, cuestionando los postulados racionalistas del comportamiento social. Agreguemos que también significó una enorme incógnita para la psiquiatría de su época. Un hecho que a todas luces interrogó buena parte del saber con qué la psiquiatría explicaba la criminalidad y su conocimiento general. Una joven muchacha, estudiante modelo, hija ejemplar, pacífica, de conducta intachable que solo vive para las tareas de su hogar en las que ayuda a su madre, y para sus estudios de magisterio, sin ninguno de los estigmas presentes con los cuales los psiquiatras de la época explicaban la conducta delictuosa, sin ninguna de las categorías conceptuales que daban cuenta de la conducta patológica, ni anormalidades manifiestas, sin que medie la presencia del alcohol, ni las enfermedades infecciosas, sin las evidentes marcas de la degeneración.

En el caso de Iris, la peligrosidad brotaba desde otro lugar. Tal como afirman Beltrán y Ortega (2019) se analiza cómo la intervención psiquiátrica de los llamados “crímenes sin razón” ubicaba las causas en “la personalidad de los sujetos”, en “los ambientes familiares” y en “la moral del hogar”

Investigar las resistencias a la psiquiatría, una obra aún por escribirse, nos obliga a considerar y revisar la historia de la psiquiatría, sus prácticas y sus teorizaciones. Varios episodios son reveladores de que para la psiquiatría nacional no fue simplemente llegar y conquistar, sino que debieron trabajar arduamente en inculcar y volver aceptable su forma de entender al ser humano, de operar en él y de practicar medicina. Debe tenerse en cuenta que la psiquiatría no se propuso ser una “filosofía sobre el ser humano”, sino que siempre trató de poner en jugo una serie de técnicas orientadas a modificar conductas, pensamientos, y emociones, en el eje de lo que evaluaban como

normalidad-anormalidad; es decir que la tarea del psiquiatra era a la vez anormalizar, al descubrir, categorizar, diagnosticar, y normalizar al intervenir técnicamente como corrección de ese mundo de desviaciones, dirigiendo al enfermo hacia el alta que no era otra cosa que la adopción de una regulación normativa general. Pero tampoco se pensó como una actividad reducida al encierro manicomial. Santín Carlos Rossi fue uno de los pioneros de la psiquiatría uruguaya. Así, por ejemplo, a través de textos como “El alienado y la sociedad” (1914) entendió que la psiquiatría en aquel momento primigenio debía dirigirse a la sociedad toda trabajando en la profilaxis de la locura¹⁵.

Consideremos a efectos ilustrativos tres episodios locales de manifiesta resistencia a la psiquiatría. En primer lugar, la fundación de la Cátedra de Psiquiatría mismo en el año 1907 y sus primigenias aulas vacías, a las que hubo que obligar a los estudiantes a concurrir, ya que no encontraban el entusiasmo de asistir voluntariamente a aquellas clases iniciales. Incluso variados testimonios concuerdan en que a muchos médicos de la época se les dificultó ver en aquellas prácticas y teorías, un ejercicio médico.

En segundo término, resulta relevante evaluar los múltiples testimonios de enfermos y familiares, quienes a través de cartas que se consignan en varios trabajos de aquellos psiquiatras pioneros, en donde expresaban su enojo y malestar por estar encerrados, por permanecer acostados, es decir recibiendo como tratamiento semanas e incluso meses una total clinoterapia y privados de volver a sus casas con sus familias, y también por algunas de las prácticas que les realizaban allí mismo¹⁶. Varios alegatos describen el patetismo de la vida manicomial, desde su fundación misma. El trabajo de Andrés Crovetto, escrito en el final del siglo XIX, que denunció la violencia general pre-psiquiátrica, al tiempo que anunciaba una nueva etapa de humanismo en el cuidado de los locos, pronóstico que no se cumplió, ya que las violencias físicas en el cuidado a los enfermos internados y las estructurales, continuaron sucediendo en el tiempo.

Tercero, el asesinato de Bernardo Etchepare, que habría sido cometido en 1925 por un enfermo no muy satisfecho con los tratamientos recibidos. primeros años del siglo XX, fue un episodio sobre el cual la psiquiatría guarda

¹⁵ Las iniciativas vinculadas a la higiene mental se formalizan posteriormente, en la década de 1930: a través de la creación de la Liga Uruguaya de Higiene mental en 1932 y de las funciones atribuidas al Inspector General de Psicópatas, a quien le correspondía “La inspección general y vigilancia de la asistencia oficial y particular de los psicópatas de todo el país, así como todos los cometidos de la higiene mental” (Ley 9.581,1936: art.41).

¹⁶ La publicación de Bernardo Etchepare “Locura comunicada entre dos hermanas” puede ser analizada como un ejemplo de resistencia a la psiquiatría. Ver: Barrán, José Pedro. Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos, pp. 158 – 172.

silencio, a pesar de tratarse de uno de los pioneros de la psiquiatría que, además, fue director del Hospital Vilardebó¹⁷.

El estudio del caso de Iris, ampliamente documentado, también abre una ventana que permite analizar las resistencias a las prácticas psiquiátricas, en una dimensión diacrónica y a la vez sincrónica.

La condición del alta de Iris es en este sentido reveladora. Se encierra a una persona y se la retira de su vida normal en donde toma conciencia de quien es. Se la detiene y priva de libertad, sometiéndola a determinadas prácticas, en este caso en el principio a través de psicoterapia y tratamiento insulínico, se la obliga a convivir en un régimen disciplinario especial y a convivir con personas a las que desconoce, poniendo fin a toda privacidad, subyugada a un régimen disciplinario y en general a un estado de violencia estructural al que no debe enfrentar sin la consecuencia de que sus resistencias sean entendidas como una manifestación patológica en sí misma. El “loco” que quisiera “curarse” debía aceptar el diagnóstico y su condición de persona psiquiátrica de por vida, es decir verse en ese espejo que el psiquiatra le ponía ante sí.

Por definición, la resistencia es la oposición al ejercicio de una fuerza, por lo que debe entenderse este conjunto de manifestaciones, no como el efecto de un estado patológico sino como una respuesta posible ante un poder psiquiátrico arbitrario y brutal que se ejercía sobre personas alteradas que eran definidas como “enfermas mentales”.

Todo enfermo tiene una estrategia, y recobrar la libertad se vuelve muchas veces una necesidad total. Para ello, acepta condiciones y actúa el papel que se le asigna y según establece Goffman (1970), eso lo termina comprendiendo cualquier enfermo. Iris debía aceptar, si pretendía salir del Manicomio, el no volver a su casa, es decir ser excluida definitivamente de su vida familiar y ser condenada a una vida errante y renunciar a su trabajo. Esa aceptación, es leída en la clave psiquiátrica como “normalidad” y “cura” en tanto es la condición del alta. Esa aceptación de renuncia que la condenará a la ruina social es lo que la psiquiatría en ese año de 1957 entiende como sano, el alta como un estado de normalización aceptable, contrario a la comprensión antropológica de su caso, y que la hará perder las dos referencias fundamentales con las que organizaba su vida.

Sin ninguna preocupación por la persona, los intereses de los psiquiatras que hablan en este caso luego de 1957 estarán centrados en el valor que despierta su situación, expresados del modo más infeliz y brutal en su historia clínica, en donde se estableció internarla en la sala de la Facultad de Medicina porque el caso como vimos, revestía “interés docente”.

¹⁷ El tema de las resistencias al poder psiquiátrico admite nuevas lecturas y profundizaciones, que se realizarán a partir de fuentes recabadas por los autores de este capítulo.

El trato humano a Iris no le llegará de la psiquiatría, sino desde otros lugares, como por ejemplo como señalamos, a través de la señora Tuana, que obtiene en el trabajo de Capurro y Nin (1995) el justo homenaje que merece, por su consideración al escucharla, dándole un lugar, compartiendo algunos momentos, recibéndola en su casa y obtendrá de Iris un reconocimiento especial, lo que evidencia qué tipo de trato hubiera debido recibir de la psiquiatría y de su ámbito laboral para poder tener una vida de relación posible. Tuana también indica en el texto la existencia de una enfermera que la habría acogido en su casa en el último período de su vida.

Otro elemento importante es la insistencia de Iris en su última internación en que la dejen ir, porque “no puede terminar su vida así”. Lo que además de ser verdad, es una crítica larvada a lo que la han condenado a vivir en nombre de la salud y de la protección social.

Iris muere de problemas cardíacos en el Hospital Pasteur, en la ciudad de Montevideo en el año 1985

El manicomio como tratamiento

Hay un tramo de historia perdido en el que no sabemos qué indicaciones terapéuticas le fueron señaladas. En el período desde 1981 en adelante, cuestión que quedará registrada y documentada en su historia clínica, recibe el tratamiento químico del momento. En este tiempo, como también en el año 1957, se trató en primer lugar de tranquilizarla. Primero de un modo muy rudimentario, como vimos a través de insulinoterapia y conversaciones, pero el paso del tiempo y la revolución farmacológica psiquiátrica, la hará recibir antipsicóticos que buscan además de calmarla, afectar su cuadro delirante. En este momento Iris se niega a hablar con los médicos y tampoco les comparte sus escritos, voluminoso material con el que carga y al que protege celosamente en su deambular por la ciudad y en el Hospital. Según consta en la historia clínica,¹⁸ afirma cosas como que el Manicomio funciona como una *organización comunista por el modo de interrogarla* y que le mostraría sus escritos a la Junta de Generales¹⁹. En 1982, Iris también se resiste a aceptar el alta condicionada a un *control médico regular*. En la primera intervención del año 1957, la primera medida terapéutica fue su encierro y desfamiliarización. A ese primer acto terapéutico se le suman los demás. En ambos casos, el tratamiento principal que recibe es la internación misma, es decir la permanencia en el Manicomio, en un primer momento por ser

¹⁸Allí refieren también que Iris establece un *rapport* dificultoso y que discute con los médicos que la atienden, afirma que “no necesita medicación”, y que los psiquiatras que la atienden “le impiden progresar y escribir sus ideas sobre el país”. Pide además “paseo, y que tiene que escribir”.

¹⁹Recordemos que, en este tiempo de internación, el país vive bajo el régimen de una dictadura militar que se prolongó durante el período 1973-1985.

considerada peligrosa, pero luego a lo largo del conjunto de sus múltiples interacciones, por vagancia siendo llevada al Vilardebó por la policía. En ambos casos permanecer en la institución, de un modo especial, es parte estructural del tratamiento mismo, más allá de las constantes fugas de Iris, analizadas en clave de *resistencias* al poder psiquiátrico.

A través de múltiples actos, algunos apenas gestos simbólicos, detalles, Iris enfrenta en forma solitaria, se rebela y resiste ese poder psiquiátrico representado por la institución misma, que la piensa y que interviene sobre ella, de la que se fuga siempre, es decir huye y escapa cada vez que tiene la oportunidad, por ejemplo, no retornando de sus “paseos”.

En el trabajo de Vomero (2018), siguiendo lo planteado por Foucault, se analiza cómo el Manicomio y la vida asilar se volvió “una máquina de curar”. El Manicomio fue un régimen, un espacio de poder y de ley, una regulación del tiempo y de sus permanencias, una institución típicamente disciplinaria que buscó imponer un poder sobre los llamados locos, que debía ser total. La internación manicomial además de aplicar sobre el enfermo un sistema, proporcionar una nueva vida y brindar una nueva identidad, por ejemplo, a través del diagnóstico, le hacía nacer una nueva necesidad desconocida hasta ese momento: la de salir.

Foucault (2012) establece que el Manicomio fue un poder al mismo tiempo, *macro y microfísico*. La estructura edilicia, la forma de estar y permanecer allí, los tratamientos recibidos, el régimen, el orden, todo estaba rigurosamente estipulado y formaban una compleja combinatoria, es decir que el Manicomio mismo, existir allí bajo un régimen especial, era el primer y principal tratamiento que se brindaba al enfermo.

Afirmó también que la llamada “cura”, que habilitaba el “alta”, se producía por la permanencia dentro de la propia estructura disciplinaria del Manicomio, lugar donde se regulaba, pautaba y vigilaba completamente la existencia del enfermo, volviéndose una máquina panóptica, es decir una mirada constante, un poder permanente que el paciente debía reconocer y aceptar. La primera intervención era aislar al internado, separarlo de su mundo cercano y sus nocivas influencias, momentánea o permanentemente, a la vez que se sumaban tecnologías aplicadas sobre sus cuerpos, múltiples y variadas.

El Manicomio, como espacio y como régimen, pertenece a lo que Goffman (1970) llamó *instituciones totales*, es decir que se trata de espacios absorbentes que agrupan todas las actividades de un sujeto en un solo sitio: comer, dormir, descansar, recrearse, desplazarse, pasan a ser actos regulados, vigilados, ordenados y tutelados por determinadas personas, y donde el internado pierde su autonomía y la libertad de decidir sobre sí mismo.

Consideraciones finales

Según Foucault (2000), la psiquiatría siempre se pensó como una disciplina de protección social, un conjunto de técnicas y saberes dirigidos a identificar y operar sobre los peligros sociales. Ese fue su fundamento y así organizó cada una de sus intervenciones.

Por esta razón, la locura debió ser unida al crimen al mismo tiempo que ser concebida como enfermedad. De ese modo, la locura perdió cualquier aproximación a la verdad, tornándose sinónimo de peligrosidad como resultado de su codificación como enfermedad y de su asociación con la criminalidad. Pero también la psiquiatría, en forma muy temprana, abandonó su interés principal hacia los delirios, sus contenidos y sus formas, orientándose mucho más hacia la irreductibilidad, las resistencias, las desobediencias y las insurrecciones de la locura.

El caso de Iris Cabezudo revela y evidencia estas maneras de intervenir sobre las personas calificadas como “locas” y que, por su calidad de tales, eran dueñas de un perpetuo umbral de peligro social. Por esa razón, se trató siempre de sosegarla y ajustarla a un régimen. La obligación a aceptar su doble renuncia, no volver a su casa y dejar su desempeño como maestra es el ejemplo contundente de esta exclusión de la vida social, y el hecho dramático que condiciona todo lo que viene después, en calidad de posible individuo peligroso. Debía obedecer si quería ser dada de alta. Ese acto, que la *anormalizaba y patologizaba* fue entendido como necesario por la psiquiatría, es decir aceptar ser reducida, y no resistir a ese poder que se le imponía, y que debía aceptar si quería recobrar su libertad.

En resumen, el encuentro de Iris con el poder psiquiátrico tiene tres momentos. Primero, inmediatamente luego del crimen, debió enfrentarse con su aspecto benévolo, tiempo en el que fue extensamente examinada, y al final se la desresponsabilizó del crimen, entendiendo que la que había matado a su padre, “había sido otra”. En ese momento parecía que la psiquiatría estaba jugando a su favor, sin embargo, la lectura del caso que realizan Capurro y Nin (1995) interpelan esa conclusión. En un segundo momento se enfrenta al poder psiquiátrico en su máxima dureza, sola y sin ninguna clase de defensa. En ese tiempo es internada en calidad de “loca”, y deberá cargar un diagnóstico pesado en términos psiquiátricos, además de que se determina su muerte civil y su segregación total del mundo social, recibiendo además algunos de los tratamientos de la época, y debiendo aceptar la doble decisión que marcará su vida, defendiéndose como puede, primero aceptándola y luego resistiendo, negándose a hablar, fugándose y evadiéndose por la ciudad, no negociando, no dejándose “controlar” como condición de salir.

El tercer tiempo de su encuentro con la psiquiatría es al final, en el último tramo de su vida, cuando ya es un poder casi administrativo, aunque le signifique recibir medicaciones y el encierro manicomial. El interés médico en este último momento se dirige a Iris como curiosidad psiquiátrica, un caso que despierta interés de estudio y nada más.

Hay un problema que atraviesa toda la narrativa pericial psiquiátrica de esta época, y es el problema de la verdad, articulando de un modo ejemplar la relación poder y saber. La verdad que habla en estos estudios psiquiátricos que analizamos, no es, claramente, la verdad de Iris Cabezudo, aunque así se pretendiera, sino la de cierta forma de pensar e intervenir sobre las personas. Las pericias psiquiátricas se proponían expresar dos niveles de la verdad: el primero, la verdad sobre el crimen y sobre los hechos delictuosos y, en segundo término, la verdad del estudiado comprendiendo su naturaleza y su profundidad, volviéndolo su objeto (Foucault, 2000).

Al leer estos textos, con la distancia notoria que permite el paso del tiempo, puede sorprender que ocuparan tal lugar de verdad y como tales, tuvieran el poder que efectivamente tenían. La psiquiatría debió trabajar arduamente para que su saber tuviera ese reconocimiento de narrativa verdadera, y allí las tareas periciales y las casuísticas psiquiátricas, cumplieron un papel fundamental. Foucault (2020) establece que lo que vuelve verdad a un discurso, no es tanto el contenido del mismo, sino el poner en práctica un *sistema de obligaciones*, imponiendo una autoridad, definiendo, identificando, clasificando, observando y escribiendo.

Iris resiste, por ejemplo, escribiendo, fugándose, discutiendo, todo el tiempo este poder psiquiátrico que quiere imponerse, especialmente resistiendo la verdad que se le pretende asignar, sobre quién es, sobre su historia y sobre su destino.²⁰

REFERENCIAS

BELTRÁN, María José; ORTEGA, Elizabeth. La intervención de la psiquiatría en la invención del sujeto peligroso. **Revista Fórum Lingüístico**. Vol.6.Número 3. Periódicos. UFSC. Brasil: 2018.

BRITO DEL PINO, Juan Antonio. Índices de peligrosidad de los paranoicos. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**. Número 138, setiembre-octubre 1958. Montevideo, 1958.

²⁰ Los autores desean expresar un agradecimiento especial a Raquel Capurro quien proporcionó material fundamental para este trabajo, y transmitió sugerencias y orientaciones, y a María de los Angeles Fein, quien facilitó las historias clínicas recuperadas de Iris Cabezudo, resultado del esfuerzo del Espacio de Recuperación Patrimonial que es parte del Proyecto de Taller de Sala 12 del Hospital Vilardebó coordinado por la enfermera Selva Tabeira, que ha recuperado una serie de materiales de invalorable valor histórico.

BRITO DEL PINO, Juan Antonio. Peligrosidad de los paranoicos. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**. Número 141. Montevideo, 1959.

CAPURRO, Raquel. **Alta por fuga**. Montevideo: Ñácate, 2019.

CAPURRO, Raquel; NIN, Diego. **Extraviada**. Montevideo: Ediciones Edelp, 1995.

CAPURRO, Raquel. NIN, Diego. **Documentos. Escritos de Lumen Cabezudo**. 1907-1910. Buenos Aires: Edelp: 1996.

CAPURRO, Raquel. NIN, Diego. **Yo lo maté...nos dijo...es mi padre**. México: Epele: 2006.

CAPURRO, Raquel. NIN, Diego. **Extraviada**. Rosario: Una piraña ediciones. 2019.

FOUCAULT, Michel. **Los anormales**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.

FOUCAULT, Michel. **El Poder Psiquiátrico**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica 2005

GOFFMAN, Erving. **Internados**. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

PAYSEÉ, Camilo. Psicogénesis de un parricidio. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**. Número 4. Montevideo: 1936.

VOMERO, Fabricio. Revisión actualizada del primer Informe del Manicomio y la locura en Uruguay, 1884, de Andrés Crovetto. **Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía**. 3(2), 43-59. 2018. Montevideo: 2018.

PROMESAS, REDUCCIONES, OMISIONES – EL VÍNCULO ENTRE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS PARA EL CASO DE LA ESQUIZOFRENIA

Sandra Caponi
Esteban Cynowiec
María Fernanda Vásquez
Guillermo Folguera

Introducción

La relación entre psiquiatría y neurociencias sin duda es uno de los tópicos a problematizar en los próximos años dada su complejidad y relevancia en términos de políticas públicas asociadas a la salud mental. De hecho, psiquiatría y neurociencia parecen estar cada vez más próximas. Así, por ejemplo, el XXXV Congreso Brasileiro de Psiquiatría a ser realizado en octubre de 2017 lleva el nombre de “El futuro de la psiquiatría dentro de la neurociencia”. Uno de los invitados a este congreso es Bruce Cuthbert, quien fue líder de la iniciativa propiciada por el mayor instituto de investigaciones del mundo, el *National Institute of Mental Health* (NIMH). Esta iniciativa proponía crear un modelo de investigación para las enfermedades mentales siguiendo los criterios de la biomedicina, una iniciativa que se conoce con el nombre de Research Domaine Criteria- RDoC. Actualmente, Cuthbert es director interino del *National Institute of Mental Health* (NIMH), una agencia federal norteamericana que lidera la investigación sobre enfermedades mentales, contando con un presupuesto de US \$ 1.400 millones y un equipo de más de 1.000 personas, dedicadas a la tarea de transformar la comprensión y el tratamiento de

los trastornos mentales, por el desarrollo de la investigación básica en el campo de las neurociencias.

En una entrevista realizada a Bruce Cuthbert en el año 2013, aún director del RDoC, a la pregunta, “¿Cómo cree usted que vamos a encarar una enfermedad psiquiátrica en el futuro?”, respondió afirmando que:

En vez de decir que un paciente tiene depresión, ansiedad o estrés postraumático, diremos que su problema es, por ejemplo, una disfunción en los circuitos cerebrales que regulan las emociones. Lo mismo para las enfermedades psicóticas, como la esquizofrenia. Por ejemplo, diremos que el problema del paciente es un trastorno de disfunción de las sinapsis. Y entonces hablaremos de grupos de genes que regulan o que afectan la estructura de las sinapsis. Puede que la combinación de estos genes, y no más la suma de los síntomas, nos dé ideas diferentes sobre esquizofrenia o trastorno bipolar. (CUTHBERT, 2013)

Cuthbert, dirá que aun cuando ni las neurociencias ni la genética puedan dar hoy respuesta a las preguntas sobre las enfermedades mentales, la multiplicación de investigaciones clínicas y preclínicas permitirá encontrar esas respuestas, agregando que tal vez “lleve diez o veinte años para que eso ocurra”.

La propuesta (en forma de promesa) del NIMH de definir las bases neurobiológicas o genéticas de los trastornos mentales, supone que se podrán descubrir intervenciones farmacológicas más eficaces, a la vez que se podrá revisar el diagnóstico basado en síntomas sustituyéndolo por diagnósticos más confiables, basados en el reconocimiento de las bases neuroquímicas o genéticas de las enfermedades (INSEL, 2013). Para alcanzar ese objetivo será necesario multiplicar estudios de laboratorio para testar nuevos fármacos y nuevas terapéuticas, así como para definir y validar hipótesis etiológicas. Entre estos estudios de laboratorio preclínicos, las investigaciones realizadas con modelos animales ocupan un lugar central.

El estudio, investigación y comprensión de la neurobiología que subyace a los procesos mentales humanos -tanto normales como patológicos- enfrenta cierta problemática particular para las neurociencias. La limitación de las herramientas tecnológicas actuales, la ausencia de biomarcadores válidos para estas patologías y por sobre todo la imposibilidad, por razones éticas, de experimentar directamente con humanos (BOVENKERK e KALDEWAIJ, 2014; CASTRO e OLSSON, 2014), obligan a que la investigación neurocientífica tenga que valerse para su avance de estudios de laboratorio, ya sea por medio de imágenes obtenidas por métodos no invasivos (fMRI, TAC, PET, EEG, etc.), por el estudio y análisis de tejido histopatológico *post mortem* o bien, y fundamentalmente, por el diseño, la fabricación y la puesta a punto de modelos animales como ocurre en el campo

de estudios de la medicina general. En este sentido, Erik Nestler y Steven Hyman en uno de los trabajos más citados sobre modelos animales de alteraciones psiquiátricas afirman que: “Dadas estas limitaciones es difícil imaginar un progreso sustancial en el entendimiento de la patofisiología o terapéutica sin buenos modelos animales” (NESTLER e HYMAN, 2010)

Las indagaciones de los estudios realizados con modelos animales permiten señalar los límites y dificultades existentes en la pretensión del NIMH de identificar las bases biológicas de los trastornos mentales en general y de la esquizofrenia en particular, como forma de superar las limitaciones del modelo de diagnóstico basado en síntomas, propuesto por el DSM⁷⁸.

A partir de lo señalado, la pregunta principal que aborda el presente trabajo es qué tipo de vínculo se presenta hoy entre psiquiatría y neurociencia. Para ello, realizaremos una comparación entre el discurso de la psiquiatría basado en el DSM 5 y el de las neurociencias para las líneas de investigación que estudian modelos animales. En ambos casos nos centraremos en los discursos dirigidos a uno de los trastornos mentales principales, el caso particular de la esquizofrenia. La hipótesis principal del trabajo es que, basado en una serie de promesas generadas principalmente desde el NIMH, se profundiza un tipo de sobre simplificación de las características definitorias de la esquizofrenia, sostenida a partir de una reducción de tipo explicativa, aún no concretada. Esa reducción aparece bajo la forma de una promesa de que la etiopatología de la esquizofrenia podrá ser futuramente identificada a partir de estudios preclínicos. Con este fin, el trabajo se ordena del siguiente modo. En la próxima sección indagaremos el modo en el que es caracterizada la esquizofrenia desde el DSM, tratando de dilucidar cuáles son sus características definitorias. Posteriormente, caracterizaremos las críticas que provienen del NIMH al DSM y la necesidad de generar nuevas vías de abordajes para los trastornos mentales. Finalmente, en la última sección estudiaremos el discurso de una de estas vías indagando de qué modo los trabajos neurocientíficos dirigidos a la comprensión de los mecanismos biológicos que subyacen a la esquizofrenia, se valen, actualmente, de modelos animales.

Una historia reciente de la esquizofrenia

Hace poco más de un siglo Eugen Bleuler (1911) le dio el nombre “esquizofrenia” a una entidad patológica que Emil Kraepelin había identificado

⁷⁸ Poco antes de la publicación de la quinta versión del Manual, Insel (2013) anunciaba que ese poderoso instituto abandonaría la utilización del DSM por tratarse de una lista de síntomas sin sustento científico sólido.

en 1880 como demencia precoz. La obra de Kraepelin propone un sistema de clasificación de las enfermedades mentales que hasta hoy es familiar. Heredero de la *Naturphilosophie* alemana, Kraepelin consideraba que las enfermedades mentales tenían una existencia real, que eran entidades naturales que existían independientemente de los sistemas clasificatorios elaborados o de la actividad mental del sujeto de conocimiento. Consideradas como fenómenos naturales, las enfermedades mentales eran producidas por causas materiales identificables. En el caso de la demencia precoz, Kraepelin individualizará esa enfermedad a lo largo de las diversas ediciones de su *Traite* entre 1893 y 1915, definiéndola como una enfermedad cerebral que presentaba lesiones anatomopatológicas, causadas por autointoxicación y cuya etiopatogenia era siempre hereditaria. (BAUD, 2003, p. 9)

En contraste con esa concepción, esencialmente de tipo organicista, Bleuler proporcionó una interpretación psicopatológica de la demencia precoz basada en la organización de la diversidad y multiplicidad de síntomas que se presentaban en el curso evolutivo de la enfermedad. Sin embargo, lo que realmente permitió el cambio semántico a la palabra esquizofrenia, fue precisamente la descripción de su característica principal: la escisión del sujeto. Se trata de un proceso de disociación, de división del sujeto y de su conciencia, que destruye progresivamente el sistema de realidad, las relaciones de la persona y su mundo. Bleuler, distinguió un conjunto de síntomas “fundamentales” a la enfermedad, a partir de los cuales era posible hacer el diagnóstico, así como un conjunto de síntomas secundarios o “accesorios”, que eran comprendidos como consecuencia directa de los primeros y que podían cambiar o faltar sin que el proceso mórbido se modificara paralelamente (Bottéro, 2010). Dentro de los síntomas primarios se encuentran: la pérdida de coherencia en las asociaciones, que provoca un debilitamiento del pensamiento y una confusión temporal, y el déficit de la capacidad de modulación afectiva, así, como en algunos casos, anomalías en el sistema vasomotor y accesos catatónicos. En los síntomas secundarios están la disociación, los problemas de la afectividad, el autismo, las ambivalencias y las alteraciones de la realidad (alucinaciones e ideas delirantes)⁷⁹.

⁷⁹ La influencia de las ideas freudianas y de algunas hipótesis psicoanalíticas jugaron un rol fundamental en la definición de esquizofrenia de Bleuler. Para él, tal sintomatología aparece como una especie de proceso adaptativo en respuesta a una situación intolerable, de la misma forma que la concepción psicoanalítica del delirio es pensada como una tentativa de curación. En ese sentido, para Bleuler, los síntomas podían aparecer como parte de un proceso psíquico que podía ser hasta cierto punto, independiente de un proceso patológico orgánico e incluso de las influencias hereditarias. De ese modo, la interpretación de Bleuler le da una atención especial a los determinantes psíquicos que explican la singularidad de los sujetos, dándole a la esquizofrenia una vasta extensión clínica y una verdadera dimensión ontológica. (BAUD, 2003)

La tentativa de organizar la sintomatología de la esquizofrenia en función de su contribución al diagnóstico fue realizada por el psiquiatra Kurt Schneider, quien durante los años 1950 dividió los síntomas en primer y segundo rango. Entre los síntomas de primer rango, señaló la enunciación o eco del pensamiento, las alucinaciones auditivo verbales, la percepción delirante, entre otros síntomas, que en su interpretación, servían para definir el diagnóstico (BAUD, 2003, p. 17). La propuesta de Schneider es pragmática y simplista y se distingue así de la realizada por Kraepelin. En cuanto para el primero el punto de vista más importante para definir el diagnóstico es el estado clínico del paciente, para Kraepelin lo más relevante era el curso evolutivo de la enfermedad. Sin embargo, Schneider tampoco está próximo de los planteamientos de Bleuler, puesto que, para este último, los síntomas “fundamentales” no podían ser considerados como síntomas patognomónicos⁸⁰ de la esquizofrenia. (GEISER, 1997, p. 274)

La influencia de Schneider en la elaboración de los criterios diagnósticos del DSM III fue decisiva en cuanto a esta enfermedad. A partir de este momento, se toman como síntomas diagnósticos de la esquizofrenia los síntomas de primer rango definidos por Schneider, olvidando que existen una serie de patologías médicas y de condiciones biológicas alteradas⁸¹ que pueden conducir a la aparición de alucinaciones, delirios, etc. Las dos primeras ediciones del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (1952 y 1968) tienen un marcado tono psicoanalítico y psicodinámico que desaparecerá en 1980 con la publicación del DSM III. Esta edición pretendió “revolucionar” la taxonomía psiquiátrica y como parte de esa revolución los términos psicosis y neurosis fueron eliminados, así como las referencias a cualquier teoría o a los sujetos de la enfermedad. Tanto en el DSM I como en el DSM II la esquizofrenia forma parte del gran conjunto de las psicosis, especificándose en el DSM II como una psicosis no atribuida a condiciones físicas previas.

Posteriormente, en el DSM III el término esquizofrenia desaparece para dar paso a lo que se define como “*schizophrenic disorders*”. Tratase de un conjunto de “desórdenes” cuya característica principal es la aparición de características psicóticas durante la fase activa de la enfermedad. A pesar de reconocer que el concepto de esquizofrenia no es todavía claro, en el manual se mencionan las aproximaciones teóricas de Kraepelin, Bleuler y Schneider,

⁸⁰ El término patognomónico se utiliza para denominar aquellos signos o síntomas que, si están presentes, aseguran que el sujeto padece una determinada enfermedad. Uno de los ejemplos son las manchas de Koplik en el sarampión. En el caso de la psiquiatría o de la psicología clínica no se puede decir fácilmente que un síntoma sea “patognomónico de”, por lo que no se puede afirmar que las alteraciones perceptivas o cognitivo-lingüísticas aseguren la presencia de la esquizofrenia.

⁸¹ Entre los ejemplos se mencionan las encefalitis, la cisticercosis cerebral, la sífilis, los tumores cerebrales, las epilepsias, los alucinógenos, las drogas psicoestimulantes, las intoxicaciones por algunos solventes y ciertas enfermedades autoinmunitarias y metabólicas.

y se toma partido por la clasificación de este último. Para definir la esquizofrenia a partir del DSM III “se utiliza criterios clínicos que incluyen una duración mínima y un cuadro de síntomas característicos⁸² para identificar un grupo de condiciones que tiene validez en términos de respuesta diferencial a la terapia somática” (APA, 1980, p. 181). El término “esquizofrenia” reaparece en 1987 con la publicación del DSM III-R, siendo que los criterios diagnósticos continúan los mismos, incorporándose solamente una precisión temporal: la presencia de síntomas característicos que deben estar presentes por lo menos durante una semana (Cf. nota 5).

El aporte más significativo del DSM IV es la distinción de los síntomas entre “positivos” y “negativos”⁸³. A pesar de que desde la publicación del DSM III se insiste en que ningún síntoma aislado de la enfermedad tiene en sí mismo un valor patognomónico y que ese valor aumenta en la medida que se considera la “constelación” de los síntomas y el deterioro de la actividad laboral/social, lo que es cierto es que los criterios definidos como “positivos” - aquellos que se suponen expresan de manera más evidente la enfermedad - son los que se utilizan comúnmente para realizar el diagnóstico.

Finalmente, y a pesar de que desde el DSM III existen una serie de tipos y de diversas formas bajo las cuales se presentan la multiplicidad de síntomas adjudicados a la esquizofrenia, la última publicación del DSM-5 de 2013, amplía todavía más el diagnóstico con la invención de la categoría de “espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. A partir del año 2013 podrá recibir el diagnóstico de esquizofrenia y por lo tanto su tratamiento con

⁸² Criterios diagnósticos para el desorden esquizofrénico: Presentar por lo menos uno de los siguientes criterios durante la fase de la enfermedad: (1). Delirios bizarros (el contenido es evidentemente absurdo y no tiene ninguna base en la realidad), tales como delirio de ser controlado, eco del pensamiento, inserción o ausencia de pensamiento. (2) delirios somáticos, de grandiosidad, religiosos, nihilistas u otro tipo de delirios sin persecución ni contenido celoso. (3) Delirios con contenido persecutorio o celoso, acompañados de alucinaciones de cualquier tipo. (4) Alucinaciones auditivas en las que una voz mantiene un comentario corriente sobre el comportamiento o los pensamientos del individuo; o dos o más voces conversan entre sí. (5) Alucinaciones auditivas en varias ocasiones con contenido de una o dos palabras, sin aparente relación con la depresión o elación (6) Incoherencia, marcada pérdida de asociaciones, pensamiento ilógico o marcada pobreza del contenido del habla, asociado con al menos uno de los siguientes: (a) discurso plano o inapropiado (b) delirios o alucinaciones (c) catatónico u otro comportamiento groseramente desorganizado. (APA, 1980)

⁸³ Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

antipsicóticos, cualquier persona que presente alguna anomalía en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor groseramente desorganizado o anormal y presencia de síntomas negativos, como aplanamiento afectivo, abulia, entre otros (APA, 2013, p. 87).

Los límites y problemas del DSM desde la perspectiva del NIMH

La mayor parte de las críticas dirigidas al DSM afirman que, aun cuando este manual presenta una lista de síntomas sin ninguna referencia a bases biológicas, sean neurobiológicas o genéticas, las terapéuticas preconizadas se limitan generalmente a la prescripción de psicofármacos. Para el caso particular de la esquizofrenia, todo parece indicar que el uso de antipsicóticos -sean clásicos como la clorpromazina, o de última generación como la risperidona- supone la acción de un bloqueador del receptor D2 (inhibitorio) de la dopamina. No existe nada, sin embargo, en el diagnóstico de esquizofrenia definido por el DSM, que indique la existencia de hiperactividad o exceso de **dopamina en pacientes con esquizofrenia. Es justamente a esta dificultad, a esta falta de articulación entre diagnóstico y terapéutica que se dirigen las críticas del NIMH al DSM.** En este sentido, se marcan las diferencias respecto a patologías tales como SIDA, cáncer de pulmón o enfermedad de Chagas, en la medida en que no tenemos no existen marcadores biológicos definidos para la esquizofrenia, sino sólo suposiciones y convenciones. Por esa razón Insel afirma que "La debilidad del DSM está dada por su falta de validez" (INSEL, 2013, p. 2), es decir, por su falta de referencia a estudios de laboratorio capaces de validar los diagnósticos. Ningún marcador biológico impide que esas clasificaciones sean alteradas y modificadas por consenso, pues ellas son como afirmaría Desrosières (2008) "convenciones colectivas de equivalencia" realizadas con el objetivo de crear un lenguaje común, universal sobre el cual puedan establecerse procesos de medición y comparación.

Para Thomas Insel y sus colegas del NIMH la psiquiatría debe concentrar sus esfuerzos en la creación de una nueva nosología, debe iniciar una redefinición de los diagnósticos por la incorporación de estudios genéticos, de imágenes cerebrales y por estudios de laboratorio que tengan como referencia a las ciencias cognitivas. Es importante reconocer que este proyecto parte de premisas similares a las que, de acuerdo a Michel Foucault (FOUCAULT, 2007), dieron nacimiento a la psiquiatría moderna: (1) construcción de diagnósticos basados en la biología y no en la sintomatología (como el DSM); (2) la suposición de que los trastornos mentales son trastornos biológicos que involucran circuitos cerebrales (a lo que podríamos responder que todos

nuestros actos, pensamientos, movimientos, sonidos, etc., también involucran circuitos cerebrales); (3) la expectativa de que el mapeo de los aspectos cognitivos, de los circuitos cerebrales, y de los aspectos genéticos de los desórdenes mentales puede producir nuevos y mejores objetivos para los tratamientos (INSEL, 2013). Así con la crítica de Insel al DSM, se generará una nueva línea de investigación en el campo de la psiquiatría que deberá regirse por los siguientes principios establecidos por el *Research domain criteria*, conocido como RDoC.

Rdoc seguirá tres principios rectores, todos divergentes de los enfoques actuales de diagnóstico. En primer lugar, Rdoc se concibe como un sistema dimensional (que refleja, por ejemplo, mediciones de nivel de sistema, la actividad del comportamiento, etc.) estableciendo límites entre lo normal y lo anormal. En segundo lugar, Rdoc es agnóstico sobre las categorías de trastornos actualmente existentes. La intención es generar nuevas clasificaciones derivadas de la neurociencia conductual básica. En lugar de comenzar con una definición de la enfermedad y la búsqueda de las bases neurobiológicas, Rdoc comienza con los conocimientos actuales de las relaciones comportamiento-cerebro y los vincula con los fenómenos clínicos. En tercer lugar, Rdoc utilizará varias unidades diferentes de análisis en construcciones que definen para el estudio (por ejemplo, formación de imágenes, actividad fisiológica, el comportamiento y auto-reportes de los síntomas) (INSEL, 2013; NIMH, 2011)

Lo que el NIMH demanda es una flexibilidad mayor para poder crear nuevas agrupaciones clasificatorias, nuevos diagnósticos que puedan estar vinculados a la creación de nuevos psicofármacos que actúen directamente sobre alteraciones neuroquímicas o genéticas identificadas.

Es en este contexto que se sitúa la presentación general de la esquizofrenia, dada por el NIMH, en su *site* institucional y en manuales para divulgación dirigidos a médicos y pacientes elaborados por esa institución.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave e intenso que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer que han perdido contacto con la realidad. Aunque la esquizofrenia no es tan común como otros trastornos mentales, los síntomas pueden ser muy incapacitantes⁸⁴.

Contradiendo los principios del Instituto, se trata de una presentación ambigua que permite extender indefinidamente el diagnóstico de esquizofrenia, que carece de cualquier referencia a bases biológicas, neuroquímicas o genéticas definidas. Del mismo modo, al hacer referencia a

⁸⁴ <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>

la detección precoz de la esquizofrenia, se enumera un conjunto de comportamientos ambiguos tales como: disminución preocupante en las calificaciones o el rendimiento en el trabajo; dificultad reciente para pensar con claridad o concentrarse; desconfianza, ideas paranoicas o inquietud alrededor de los demás; aislamiento social, pasar mucho más tiempo a solas de lo habitual; descuido en los cuidados personales o la higiene personal; o dificultad para distinguir realidad de fantasía⁸⁵.

A pesar de postular la necesidad de partir de las bases biológicas de los trastornos mentales para construir los diagnósticos, el NIMH enuncia para el diagnóstico de esquizofrenia, un número definido de síntomas que es muy semejante al establecido por el DSM-5 para determinar un cuadro de esquizofrenia. El NIMH clasifica los síntomas de la esquizofrenia en tres categorías principales: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos. Siendo éstos los siguientes: a) Síntomas positivos: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, trastornos del movimiento; b) Síntomas negativos: Afecto plano (no mueve rostro, desanimo), falta de satisfacción con la vida, falta de habilidad para realizar actividades planificadas, dificultades de comunicación; y c) Síntomas cognitivos: Funcionamiento ejecutivo deficiente (comprender informaciones y ejecutarlas); problemas de concentración y atención; problemas con “memoria de trabajo”(aprender una información y usarla), etc.⁸⁶

Estos síntomas no presentan gran diferencia en relación con lo especificado en el DSM-5, cuando indica como criterios para establecer un diagnóstico de esquizofrenia que:

A. Dos (o más) de los siguientes elementos, cada uno presente por una cantidad significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos, si se trata con éxito). Al menos uno debe ser (1), (2) o (3): 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado. 4. Comportamiento groseramente desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (i.e., expresión emocional disminuida o apatía). (APA, 2013, p. 99).

En ninguno de estos casos existen referencias a bases neurobiológicas definidas para este conjunto de síntomas, sin embargo, el NIMH preconiza el uso de antipsicóticos atípicos, aun cuando reconozca que muchas personas sufren efectos colaterales graves por la medicación, y que afirme que los médicos y los pacientes deben encontrar juntos la mejor combinación y la dosis correcta de fármacos para cada caso (AHRQ, 2013). Vemos así que la indicación de antipsicóticos ocurre independientemente de la ausencia de

⁸⁵ <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/raise-fact-sheet-early-warning-signs-of-psycho-sis/index.shtml>.

⁸⁶ <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>

informaciones sobre las bases biológicas, sean genéticas o neuroquímicas, del trastorno. Esta ausencia aparece explícitamente cuando se presentan los factores de riesgo para la esquizofrenia, diferenciando dos ámbitos: el primero se refiere a factores ambientales y genéticos, y el segundo se refiere a *alteraciones químicas cerebrales*. En relación con los factores genéticos se afirma que:

Los científicos creen que muchos genes diferentes pueden aumentar el riesgo de esquizofrenia, pero que ningún gen solo causa el trastorno por sí mismo. Todavía no es posible usar información genética para predecir quién desarrollará esquizofrenia⁸⁷.

En este mismo sentido, en otro texto de divulgación del NIMH titulado *Looking at my genes*, al responder a la pregunta de si existe la posibilidad de realizar algún tipo de estudio genético que permita prevenir o identificar las patologías mentales en general, y la esquizofrenia en particular, se afirma que: “En breve. La respuesta a esa pregunta es no. No aún”. Aclarando inmediatamente que,

Aunque estudios recientes han comenzado a identificar los marcadores genéticos asociados con ciertos trastornos mentales y pueden conducir eventualmente a una mejor selección y un tratamiento más personalizado, todavía es demasiado pronto para utilizar pruebas genéticas o exploraciones de genoma para diagnosticar o tratar con precisión la enfermedad mental. (NIMH, 2017)

Lo mismo ocurre cuando se presenta el segundo factor de riesgo, referido a las alteraciones neuroquímicas. El texto de divulgación afirma que algunos estudios científicos indican la existencia de un desequilibrio neuroquímico, que envuelve neurotransmisores como la dopamina y el glutamato, y posiblemente otros, que pueden tener un papel en la etiología de la esquizofrenia. Lo cierto es que inmediatamente, en el ítem referido a tratamiento, el texto deja claro que no existen bases biológicas definidas para la esquizofrenia, al afirmar que: “como las causas de la esquizofrenia son aún desconocidas, el foco del tratamiento debe estar en eliminar los síntomas de la enfermedad” (NIMH, 2017).

La estrategia de centrar la terapéutica en la desaparición de síntomas de una enfermedad mental como la esquizofrenia, se inicia con la aparición de los primeros antipsicóticos, en la década de 1950. Como lo han presentado diversos estudios (BREGGIN, 2016; PIGNARRE, 2006; WHITAKER, 2010), con el descubrimiento de la clorpromazina surge la “hipótesis dopaminérgica de

⁸⁷ <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>

la esquizofrenia”, en la medida en que la clorpromazina parecía poder controlar los síntomas de la enfermedad, independientemente de que se desconociera su etiología.

Como puede observarse, la historia del surgimiento de los antipsicóticos parece caminar en dirección contraria a la propuesta del RDoC, que pretende establecer las causas biológicas para cada enfermedad y, a partir de allí, producir psicofármacos adecuados, del mismo modo que ocurre en la medicina general con la creación de antibióticos específicos para determinadas bacterias. Frente a la ausencia de "marcadores biológicos" en el campo de la psiquiatría, el descubrimiento de la clorpromazina dio inicio a una verdadera revolución psicofarmacológica (PIGNARRE, 2001, p. 115). A partir de ese momento comenzaron a aparecer nuevas hipótesis etiológicas para explicar la desaparición de síntomas de esquizofrenia en sujetos tratados con antipsicóticos. En consecuencia, se multiplicaron los estudios preclínicos de laboratorio para testar nuevos antipsicóticos y para determinar la etiología neuroquímica o genética de la esquizofrenia. Un camino que se profundizará con los principios adoptados por el NIMH, tras la iniciativa del RDoC.

Como ya fue enunciado de este artículo, los estudios preconizados por iniciativas como la del RDoC, son: los estudios clínicos realizados con pacientes, y los estudios preclínicos realizados en laboratorio. Entre estos últimos, la investigación neurocientífica se vale de estudios realizados por medio de imágenes obtenidas por métodos como el fMRI, TAC, PET, EEG, etc.; también de estudios y análisis de tejido histopatológico post mortem; y fundamentalmente, del diseño, la fabricación y el uso de modelos animales. Nos detendremos aquí exclusivamente en estos últimos, dada la relevancia que los estudios con modelos animales tienen en el campo de la investigación neurocientífica.

Modelos animales, neurociencias y esquizofrenia

Como hemos señalado anteriormente, la investigación del comportamiento y el sistema nervioso humano ha obligado a los neurocientíficos al diseño, desarrollo y construcción de modelos animales para el estudio de las bases biológicas de las alteraciones psiquiátricas humanas, entre las cuales la esquizofrenia es una de las más estudiadas.

A partir de la perspectiva del NIMH, los investigadores han planteado distintas hipótesis para explicar la etiología y las bases anatomofisiológicas de la esquizofrenia. Estas hipótesis se basan principalmente en datos experimentales observados tanto en tejido *post-mortem*, imágenes no invasivas y test cognitivos y psicomotrices, obtenidos a partir de pacientes ya diagnosticados y en menor medida en un subgrupo de fenómenos particulares que

puedan tener correlatos en los comportamientos animales. Para poner a prueba las hipótesis formuladas sobre dichas bases los investigadores han desarrollado y fabricado modelos animales en función de preguntas muy específicas y fenómenos cognitivos muy concretos. En este sentido, dado que en principio no se ha informado la existencia de animales en estado salvaje que desarrollen espontáneamente ninguna de las alteraciones psiquiátricas estudiadas, los modelos deben ser diseñados y construidos en el laboratorio por medios quirúrgicos (si se trata de lesiones), farmacológicos (administración de drogas, fármacos, inhibidores, bloqueantes, etc.), por manipulaciones ambientales que alteren el neurodesarrollo (manipulando las condiciones en que se desarrolla el animal tales como el *stress* crónico de la madre, factores tóxicos ambientales, virus, enfermedades, etc.) o genéticos (animales transgénicos, *knok-out* génicos, sobreexpresión de genes, etc.). Los modelos así estructurados pueden referir a uno o varios de los fenómenos observados dentro de los distintos dominios de la esquizofrenia, los cuales, como vimos, los investigadores dividen en síntomas positivos, negativos y cognitivos.

Recordemos que un modelo en ciencia debe ser representativo de aquello que se desea conocer (BAILER-JONES, 2003; FRIGG, 2002; FRIGG, 2006; FRIGG e HARTMANN, 2012; HUGHES, 1997; SUÁREZ, 2010; SUPPES, 2002; VAN FRAASSEN, 1980). En ese sentido, y considerando la dificultad (o imposibilidad) de observar la sintomatología completa de una enfermedad psiquiátrica humana en un animal, es decir, la representación del sistema *target*⁸⁸ por el modelo⁸⁹, se proponen otros tipos de relaciones para otorgarle validez específica a un modelo animal. Tales modelos deben ser capaces de proporcionar una robusta base biológica para que los resultados y descubrimientos obtenidos sean utilizables y aplicables en los humanos. Investigadores como Stewart y Kalueff, (2015); van der Staay, (2009); Koob y Zimmer, (2012); Nestler e Hyman, (2010); Belzung y Lemoine, (2011); Arguello y Gogos, (2006); Chadman, (2009) y Escorihuela y Teruel (1998), entre otros, plantean que los modelos animales de alteraciones psiquiátricas tiene que cumplir ciertos criterios de validación para que cuenten con un mayor grado de credibilidad y fuerza. Así, la validez de apariencia (*face validity*) equivaldría en cierta forma a las relaciones por las cuales un modelo “se parece” a su sistema modelado, es decir que la fenomenología que aparenta (los

⁸⁸ Considerando la problemática que enfrentan las investigaciones neurocientíficas en humanos en relación a los límites establecidos por la bioética, ver: (WILLNER, 1984, 1990, 1991).

⁸⁹ El endofenotipo es un concepto utilizado en el análisis genético de los trastornos mentales y de desarrollo, siendo un tipo especial de “biomarcador”. Corresponden a las alteraciones en las funciones bioquímicas, neurofisiológicas, neuroanatómicas o cognitivas, que están determinadas por factores genéticos y ambientales y que en conjunto muestran los procesos fisiopatológicos subyacentes a la enfermedad, y son la expresión de la vulnerabilidad. Ver: (MIRANDA et al., 2003)

“síntomas”) del modelo, debe ser similar a la observada en el ser humano. Por otra parte, la validez de constructo o construcción (*construct validity*) debe cumplir con la relación de homología planteada para los modelos animales, en el sentido en que los animales propuestos para modelar determinado aspecto de la patología deben presentar las mismas causas, síntomas y origen de la patología que los seres humanos. Este tipo de validación asume que determinadas patologías (o sus explicaciones, teorías o hipótesis) pueden ser extrapoladas a otras especies animales, lo que es poco frecuente en el caso de las alteraciones psiquiátricas humanas, debido precisamente a que su etiología es desconocida. Finalmente, la validez predictiva (*predict validity*), como su nombre lo indica, debe ofrecer la posibilidad de hacer predicciones acerca de los mecanismos propuestos y sus resultados, ya sea farmacológicos o de tratamiento, desde el modelo animal al ser humano, sin darle demasiado peso a la posible etiología. Este tipo de validez sostiene que el modelo animal discrimina o refleja eficientemente los efectos que determinada sustancia (o tratamiento no farmacológico) presenta en la condición (normal o anormal) humana que se pretende simular. Este tipo de validación del modelo es, de hecho, la más frecuentemente encontrada en la literatura, puesto que uno de los objetivos más buscado en la investigación de las bases biológicas de las alteraciones psiquiátricas es precisamente la modificación de la sintomatología del sujeto tras la administración de sustancias químicas.

En la bibliografía especializada sobre el tema se encuentran varias decenas de modelos animales distintos que focalizan en alguno de estos intereses. Pero, más allá de la hipótesis o pregunta a la que pretenda responder el modelo, el objetivo general de todos ellos es que deben tener algún tipo de validez que sostenga la relación entre el modelo y la enfermedad modelada (ARGUELLO e GOGOS, 2006; BELZUNG e LEMOINE, 2011; CHADMAN, YANG e CRAWLEY, 2009; ESCORIHUELA e FERNÁNDEZ-TERUEL, 1998; KOOB e ZIMMER, 2012; NESTLER e HYMAN, 2010; STEWART e KALUEFFB, 2015; VAN der STAAY, ARNDT e NORDQUIST, 2009). En definitiva, estos modelos deben poder mostrar la mayor cantidad de comportamientos positivos, negativos y cognitivos. La mayor parte de los investigadores neurocientíficos acepta como imposible o muy difícil, reproducir todo el espectro fenomenológico que presenta la sintomatología clínica de la esquizofrenia. Por este motivo asumen que la patología puede descomponerse en componentes cuantificables y que puede reproducirse un correlato de los fenómenos observados en pacientes humanos con determinados comportamientos de los animales. Jeffrey Gray fue uno de los primeros investigadores que utilizó comportamientos neuropsicológicos animales como expresiones animales “equivalentes” de la fenomenología clínica humana en el caso de la esquizofrenia

(GRAY et al., 1991). Es entonces partir de este tipo de “correlatos” entre fenomenología animal y sintomatología clínica humana, que los investigadores afirman poder estudiar patologías psiquiátricas humanas a través de modelos comportamentales animales que equivaldrían a lo observado en los humanos (GRAY et al., 1991; LANDGRAF e WIGGER, 2003; NESTLER e HYMAN, 2010; POWELL e MIYAKAWA, 2006).

Todos estos modelos tienen como finalidad posibilitar la puesta a prueba y la contrastación empírica de las hipótesis y teorías sobre la psicopatogénesis y la etiología de la esquizofrenia. Según los investigadores que realizan estos modelos, la verificación de las hipótesis planteadas ocurre, a partir de la observación de aquellos comportamientos, respuestas psicomotrices o respuestas cognitivas diseñadas como correlatos fenomenológicos de la alteración psiquiátrica estudiada. Es decir, los modelos animales deberían mostrar alguno/s de los síntomas (positivos, negativos, cognitivos) o de las respuestas cognitivas elegidas por los investigadores, en función de la hipótesis que desean poner a prueba. Los correlatos comportamentales de los síntomas clínicos se observarían en los modelos animales desarrollados, sometiéndolos a una batería de test estandarizados, diseñados para evidenciar la aparición o no, de los comportamientos o fenómenos esperados.

En la siguiente tabla (1) se ejemplifican algunos correlatos animales de síntomas humanos de esquizofrenia divididos según el reordenamiento hecho por la neurociencia. Como puede observarse, las manifestaciones clínicas elegidas por la investigación neurocientífica, es decir, la fenomenología a ser observada está directamente relacionada con variables y funciones cognitivas y psicomotrices. Por ejemplo, para el modelado de los síntomas positivos, Geyer y Moghaddam (2002) sugieren que la hiperactividad en respuesta al estrés o a la novedad, o la hipersensibilidad a los psicoestimulantes en roedores, pueden ser correlatos útiles de síntomas positivos de la esquizofrenia. La modelización de los síntomas negativos se vale principalmente de los correlatos de medición de la retracción social o la anhedonia en los roedores (NESTLER, GOULD e MANJI, 2002). Finalmente, la mayor cantidad de correlatos comportamentales utiliza la modelización de los síntomas cognitivos de la esquizofrenia, según los cuales, gran parte de los pacientes diagnosticados con esta alteración psiquiátrica, tienen seriamente afectadas las funciones ejecutivas, tales como la memoria de trabajo o la atención (GREEN et al., 2000; GREEN e NUECHTERLEIN, 2004), entre otras falencias cognitivas que se muestran en la tabla. En ningún caso se plantea observar y testar fenómenos psicológicos expresables mediante el lenguaje o la percepción subjetiva, como serían las alucinaciones o los delirios que formarían parte de los síntomas positivos y que son fenómenos definitorios de la esquizofrenia en términos clínicos.

Tabla 1. Correlatos comportamentales animales de los distintos síntomas humanos observados en la esquizofrenia, y los tests comportamentales, cognitivos y psicofísicos para medirlos

Algunos correlatos comportamentales animales de síntomas humanos de esquizofrenia		
<u>Tipo de síntoma</u>	<u>Manifestación Clínica</u>	<u>Correlato animal del fenómeno clínico</u>
Positivo	Agitación psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperlocomoción como respuesta a la novedad o el estrés
	Sensibilización a los psicoestimulantes	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta locomotora aumentada en respuesta a los psicoestimulantes
Negativos	Retracción Social	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la interacción con con-específico
	Anhedonia	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las propiedades de refuerzo de las drogas de abuso y de recompensas naturales
Cognitivos	Déficits de memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño de tareas de Delay non matching to sample, otras tareas de memoria de trabajo
	Déficits de atención	<ul style="list-style-type: none"> • PPI, LI, 5-CSRT
	Déficits de las funciones ejecutivas	<ul style="list-style-type: none"> • Attentional set shifting task

Adaptado de (ARGUELLO e GOGOS, 2006)

Los correlatos animales de los síntomas de la esquizofrenia se pueden clasificar en función del aporte que realizan para mostrar comportamientos equivalentes a los síntomas positivos, negativos y cognitivos de los humanos, y se les mide mediante *tests* estandarizados para diferentes comportamientos y funciones cognitivas animales.

Uno de los endofenotipos⁹⁰ o manifestación clínica presente en el estudio de la esquizofrenia, de acuerdo con la tabla (1), es el déficit de atención. Para estudiar este endofenotipo se utiliza, fundamentalmente, el *test* denominado *Prepulse Inhibition* (PPI). El test animal de PPI del inicio de la respuesta (*PPI of the startle*) mide la capacidad sensorial y perceptiva del ratón, así como la inhibición del inicio (*startle*) de un estímulo acústico cuando se le presenta un pre-pulso. A través de dicha prueba se puede estudiar la medición estándar del disparo de una respuesta sensoriomotor en ratones. Por otro lado, la cámara operante⁹¹ se utiliza para la medición de una amplia gama de funciones cognitivas en roedores, incluyendo memoria de trabajo (*Working Memory*) y atención. Una de las pruebas más relevantes para medir los desórdenes psiquiátricos es la *5-choice serial reaction time task* (5-CSRT). Tal prueba requiere que el sujeto de estudio monitoree, detecte y responda a un breve pulso de luz, mientras que los intervalos entre los pulsos y su duración varían de acuerdo con la complejidad pretendida para el estudio. Para medir la capacidad de atención, este mismo *test* puede medir la vigilancia, impulsividad y control de las respuestas.

En relación con las tareas cognitivas, la gama de pruebas va desde el laberinto cruzado (*cross maze*) hasta el laberinto acuático de Morris (*Morris water maze*). El primero puede usarse para medir la flexibilidad comportamental y la plasticidad cognitiva mediante la discriminación y asociación de diferentes dimensiones de un mismo estímulo (por ejemplo, el color o la textura). El laberinto acuático de Morris, por su parte, permite medir la memoria de largo plazo mediante la observación de la facilidad o dificultad de un ratón para encontrar una plataforma sumergida e invisible, dentro de un tanque lleno de agua, luego de 24 horas de haber sido entrenado. Finalmente, para testear los comportamientos relacionados con los síntomas positivos y negativos presentados en la tabla, se utiliza principalmente el denominado “test de campo abierto” (*open field test*). Este test permite, dependiendo del comportamiento que se pretenda medir, testar la sensibilidad a las drogas psicotomiméticas (agitación psicomotora o sensibilización a los psicoestimulantes) a partir de la hiperlocomoción mostrada por el animal. Con el mismo tipo de *test*, se puede medir la retracción social que caracterizaría a los síntomas negativos, poniendo dos animales conspecíficos (uno de ellos el modelo a testear) en una arena abierta con material de *bedding* (cama o sitio donde duermen) y cuantificar su reacción social a partir de las

⁹⁰ La cámara operante (conocida también como caja de Skinner) es un instrumento de laboratorio utilizado en análisis experimental del comportamiento para estudiar determinados comportamientos de los animales y ciertas circunstancias experimentales, sobre todo, el condicionamiento operante.

variables comportamentales naturales para el animal como *sniffing* (olfatear), *following* (seguir), *fighting* (pelear), *biting* (morder), *chasing* (cazar), etc.

Es entonces, a partir de los resultados de estos *tests* cognitivos y psicomotrices estandarizados, que los investigadores ponen a prueba sus hipótesis por la observación o no, de los correlatos fenoménicos de los síntomas humanos elegidos. En función de esto, se determinará si el tratamiento o la explicación de las causas biológicas de la esquizofrenia es válida o no.

Conclusión

De acuerdo con los estudios aquí analizados, aun cuando se tome como referencia a las definiciones y especificaciones del NIMH sobre esquizofrenia, podemos ver que de lo que se trata es de focalizar los síntomas de la enfermedad y no sus causas biológicas como propone el RdoC. Frente a la ausencia de mecanismos etiológicos definidos, sean genéticos o químicos, los estudios con modelos animales desarrollados para nuevos fármacos o para la definición de etiologías más precisas, parecen restringirse a estudios centrados en la aparición y eliminación de síntomas, repitiendo así las mismas limitaciones que el NIMH critica del DSM.

Sin embargo, cuando observamos cuáles son los síntomas que concentran la atención de los estudios realizados con modelos animales sobre esquizofrenia, resulta evidente la exclusión de aquellos síntomas que históricamente fueron considerados como determinantes de la enfermedad, particularmente la aparición de delirios y alucinaciones. Como vimos, los estudios con modelos animales respetan la distinción entre síntomas positivos, negativos y cognitivos. En relación con los síntomas cognitivos, serán observados los correlatos animales de fenómenos clínicos como déficit de memoria, déficit de atención y déficit de fenómenos cognitivos, mientras que, lo que refiere a los síntomas negativos, se observará el correlato animal de fenómenos como la retracción social y la anhedonia. Sin embargo, es en relación con los síntomas positivos, donde la omisión de la manifestación clínica en los modelos animales parece mostrar su mayor debilidad. En este último caso, se desconside la existencia de síntomas definitorios de la esquizofrenia como las alucinaciones y los delirios, centrándose en las actividades de hiperlocomoción y en la respuesta psicomotora aumentada por psicoestimulantes.

Así, los modelos animales no tienen en cuenta aquello que de acuerdo con las definiciones del DSM y del NIMH es considerado, en términos clínicos, como siendo las características propias de la esquizofrenia. Estos estudios se centran en un conjunto de síntomas, cognitivos, negativos y positivos, estos últimos restringidos a locomoción y respuesta motora a los

psicoestimulantes, que bien pueden ser considerados como el “común denominador” de un inmenso conjunto de patologías psiquiátricas. Así, los síntomas negativos como “falta de satisfacción con la vida-falta de habilidad para realizar actividades planificadas- dificultades de comunicación” también están presentes en enfermedades como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, entre otros. Por otra parte, los llamados “síntomas cognitivos”, como problemas de concentración y atención, problemas con “memoria de trabajo” y ejecución de tareas, son comunes también en patologías como TDAH, TOD, TOC, etc. Este proceso de omisión de ciertas características definitorias es propio de una estrategia de tipo eliminativista y reduccionista, centrada en una reducción explicativa hacia niveles inferiores de organización biológica, que pone el acento en la promesa de que, futuramente, tales modelos permitirán encontrar la etiopatología de la esquizofrenia.

De lo señalado hasta aquí podemos concluir que la consideración de características tan comunes a otras patologías sugiere poca eficacia de los modelos animales para el estudio particular de la esquizofrenia. Estos estudios resultan ser epistemológicamente frágiles en la medida en que los síntomas que son validados por los modelos animales se limitan a aquellos que pueden ser observados en el laboratorio, tales como movilidad y memoria, dejando de lado los síntomas definitorios de la esquizofrenia. Dicha fragilidad epistemológica podría conducir, entre algunas de sus principales consecuencias, a la aceptación y validación de tratamientos con efectos colaterales graves y altamente perjudiciales, como ocurre con los antipsicóticos atípicos, que afectan seriamente los mecanismos neuroquímicos. Y esto podrá ocurrir aun cuando no existan explicaciones sustentadas sobre bases neurológicas o genéticas de la esquizofrenia, como parecería proponer el proyecto defendido por el RDoC. Finalmente, podemos afirmar que lo que parece estar ausente en estos estudios es el requisito de representatividad que da soporte a la relación entre el modelo animal y la psicopatología modelada, al menos en el caso específico de la esquizofrenia.

REFERENCIAS

ABI-RACHED, J.; ROSE, N. The birth of the neuromolecular gaze. **History of the human sciences**, v. 23, n. 1, p. 11-36, 2010.

AMARAL, L. H. **Discursividades em torno da prevenção e controle de risco em saúde mental**: a psiquiatria do desenvolvimento. 2020. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L. R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-

escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 2, p. 419–428, 1999.

ANTHONY, J.; SCOTT, P. Manic-depressive psychosis in childhood. **Child Psychology and Psychiatry**, v. 1, p. 53–72, 1960.

APA, American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II**. 2. ed. Washington D.C.: APA, 1968.

APA, American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III**. 3. ed. Washington D. C.: APA, 1980.

APA, American Psychiatry Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARNOLD, E.; KIRILCUK, V.; CORSON, S. A.; CORSON, E. O. Levoamphetamine and dextroamphetamine: differential effect on aggression and hyperkinesis in children and dogs. **The American Journal of Psychiatry**, v. 130, n. 2, p. 165–170, 1973.

BAHLS, S.-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 5, p. 359–366, 2002.

BREGGIN, P. **Medication Madness**. New York: St. Martin's Press, 2008.

CAPONI, S. **Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença**. São Paulo: LiberArs, 2019.

CARLSON, G. A.; GLOVINSKY, I. The Concept of Bipolar Disorder in Children: A History of the Bipolar Controversy. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 18, n. 2, p. 257–271, 2009.

COLE, S. O. Hyperkinetic children: the use of stimulant drugs evaluated. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 45, n. 1, p. 28–37, 1975.

CURATOLO, E.; BRASIL, H. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **Jornada Brasileira de Psiquiatria**, v. 54, n. 3, p. 170–176, 2005.

DELONG, G. R. Lithium carbonate treatment of select behavior disorders in children suggesting manic-depressive illness. **The Journal of Pediatrics**, v. 93, n. 4, p. 689–694, 1978.

FEIGHNER, J. P. et al. Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. **Archives of General Psychiatry**, v. 26, p. 57–63, 1972.

GLOVINSKY, I. A brief history of childhood-onset bipolar disorder through 1980. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 11, n. 3, p. 443–460, 2002.

GOTSZCHE, P. **Psicofármacos que matan y denegación organizada**. Barcelona: Los libros del lince, 2016.

HEALY, D. **Mania: A Short Story of Bipolar Disorder**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2008.

INPD. **Depressão é um transtorno que afeta, sim, crianças e adolescentes**. Disponível

em: <http://inpd.org.br/?noticias=depressao-e-um-transtorno-que-afeta-sim-criancas-e-adolescentes>. 2021.

LIMA, M. O. F. F.; SCHÜNKE, L. K.; MOSMANN, C. P. Instrumentos de avaliação da depressão infantil: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 22, n. 1, p. 53–69, 2020.

LIPKIN, K. M.; DYRUD, J.; MEYER, G. G. The Many Faces of Mania. **Archives of General Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 262–267, 1 mar. 1970.

LUBY, J. L. Preschool Depression. **Current Directions in Psychological Science**, v. 19, n. 2, p. 91–95, 10 abr. 2010.

KRAEPELIN, E. **Cent ans de psychiatrie**: suivi de La folie maniaco-dépressive. Bordeaux: Mollat, 1997.

LEAKE, C. D. Newer stimulant drugs. **The American Journal of Nursing**, v. 58, n. 7, p. 966–8, 1958.

MARNEROS, A.; ANGST, J. Bipolar disorders: roots and evolution. In: MARNEROS, A.; ANGST, J. (Orgs.). **Bipolar Disorders: 100 years after manic-depressive insanity**. New York: KLUWER ACADEMIC PUBLISHERS, 2002. p. 1–35.

MARTÍNEZ, J. C. A.; GONZÁLES, C. L.; SOTOMAYOR, C. F. Bipolaridad tipo III en niños: Una situación no diagnosticada. **Revista chilena de pediatría**, v. 75, n. 5, p. 420–424, 2004.

MASON, B. L.; SHERWOOD BROWN, E.; CROARKIN, P. E. Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. **Behavioral Sciences**, v. 6, n. 3, 2016.

MONCRIEFF, J. **The Myth of the Chemical Cure**. Hampshire: PALGRAVE MACMILLAN, 2008.

MONCRIEFF, J. Magic bullets for mental disorders: The emergence of the concept of an “Antipsychotic” drug. **Journal of the History of the Neurosciences**, v. 22, p. 30–46, 2013.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. DE C.; BAPTISTA, T. W. DE F. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2305–2314, jun. 2020.

RAFALOVICH, A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis, and the child deviant, 1877–1929. **An Interdisciplinary Journal**, v. 22, p. 93–115, 2001.

ROSE, N. **Our psychiatric future**: the politics of mental health. Cambridge: Polity Press, 2019.

TIMIMI, S. **Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood**. New York: Brunner-Routledge, 2002.

TIMIMI, S. The McDonaldisation of Childhood: Children’s Mental Health in Neo-liberal Market Cultures. **Transcultural Psychiatry**, v. 47, n. 5, p. 686–706, 2010.

TIMIMI, S. **Medicina Insana, Capítulo 5: A Fabricação da Depressão Infantil (Parte 2)**.

Disponível em: <<https://madinbrasil.org/2021/01/medicina-insana-capitulo-5-a-fabricacao-da-depressao-infantil-parte-2/>>. 2021.

WEINBERG, W. A.; BRUMBACK, R. A. Mania in Childhood: Case Studies and Literature Review. **American Journal of Diseases of Children**, v. 130, n. 4, p. 380–385, 1 abr. 1976.

WELTER, A.C. 2021. **Transtorno Bipolar Infantil**: argumentos e condições históricas para a incorporação do diagnóstico na psiquiatria infantil. 2021. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

WHITAKER, R. **Anatomy of an epidemic**: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. New York: Broadway Books, 2010

PSICOTRÓPICOS E ESTILO TERAPÊUTICO: QUESTÕES DA MENTE E DO MERCADO NA ERA DO CAPITALISMO AFETIVO

Marcia da Silva Mazon

Introdução

Este capítulo discute os psicotrópicos a partir da fronteira bem de saúde/bem de consumo. Mobilizamos autores da Sociologia Econômica tão bem como a obra de Eva Illouz para pensar a emergência do estilo terapêutico e seu correspondente, o capitalismo afetivo, como recurso para compreender o atual espraiamento do consumo de psicotrópicos na sociedade do neoliberalismo. Argumentamos que a indústria farmacêutica encerra características particulares menos pelo seu caráter material e mais por seu caráter simbólico; um caráter simbólico particular quando o controle emocional se transforma numa mercadoria.

Quando falamos de mercado e consumo é mais fácil pensar em prateleiras de supermercados e lojas de roupas do que em medicamentos. Pensamos o consumo como algo que diz respeito a uma necessidade do consumidor. Para alguns ele é considerado como alguém com preferências dadas e que chega ao mercado para satisfazer necessidades, como quer o liberalismo econômico. Em outra chave de análise, Baudrillard (2018) ao refletir sobre a sociedade de consumo propõe a publicidade como conjunto de discursos a divulgar mercadorias exaltando o consumo como modo de vida. O consumo marca seu valor como forma de construir uma existência feliz; o autor denuncia a publicidade como elemento de produção da subjetividade – já que orienta sobre o que deve ser a vida⁹². Em outra perspectiva, os trabalhos da

⁹² Vivemos o tempo dos objetos (...) *existimos segundo seu ritmo* (Baudrillard, 2018: 14). A máquina de lavar roupa, o frigorífico (...) *possuem um sentido global diferente do que têm individualmente como utensílios* (...). *O anúncio publicitário desempenha aqui papel essencial, impõe visão coerente, coletiva de uma*

antropologia (DOUGLAS E ISHERWOOD, 2004) falam do consumo como afirmação de pertencimento a um grupo, segundo Zelizer (1981) como “nada além de” uma construção de significados (ZELIZER, 2011^a).

Propomos neste artigo o caminho do meio argumentando a partir dos trabalhos de autores da Sociologia Econômica. Nem o ator econômico pensado como mero átomo na sociedade seja na perspectiva econômica ou o ato do consumo como pura construção de significados numa perspectiva culturalista nem tão pouco como escravo e passivo diante dos efeitos da mídia. Para os autores da Sociologia Econômica (BOURDIEU, 2000, 2005; ZELIZER, 2011; 1985/1994) o mercado é o encontro oferta/demanda intermediado pela cultura, crenças compartilhadas. Mais do que ambiente anônimo, natural, povoado por atores intercambiáveis, o que nomeamos objeto de mercado é um arbitrário cultural. Como mostra Bourdieu ao estudar o mercado de casas próprias: um bem que até então não era imaginado como tal passa a ser um item de mercado; o Estado constrói oferta e demanda como constrói as próprias características pelas quais esses bens são acessados e moralizados; da mesma maneira o Estado constrói as expectativas de aquisição destes bens, participa da subjetividade dos agentes ou ainda se constitui como uma forma de saber-poder (BOURDIEU, 2008; 2009: 2014; FOUCAULT, 2018; 2008). Igualmente Zelizer ao analisar o nascimento do mercado de seguros de vida nos EUA, mostra como esta ideia foi inicialmente rejeitada e julgada como forma de profanação; é o trabalho de resignificação promovido pela Igreja que transforma tanto a valoração da vida e da morte tão bem como transforma o significado do próprio dinheiro como forma de tornar este mercado moralmente razoável. Em síntese, objetos os quais circulam no mercado dependem de um ambiente institucional que os tornem razoáveis como objetos de consumo e ao mesmo tempo torne a troca mercantil moralmente aceita (BOURDIEU, 2005; ZELIZER 1978; FOURCADE E HEALY, 2017).

Transferimos o raciocínio para o consumo de psicotrópicos. Se de um lado autores denunciam ora a indústria farmacêutica e seus efeitos perversos de imposição sobre as escolhas dos consumidores de psicotrópicos ora o campo da psiquiatria e seu poder de convencimento (MAZON, 2020; 2021), ambas leituras tomam esses processos como automáticos: basta a intenção seja da indústria, seja do campo da psiquiatria intermediados pela mídia (JORGE, 2015) e os psicotrópicos se constituem como itens de mercado (WHITAKER, 2016; FRANCES, 2016; MOYNIHAN, 2002).

espécie de totalidade quase indissociável (...) se manifesta como encadeamento de significantes (idem: 16). Segundo Baudrillard (2018:18) o consumo invade toda a vida, em que todas as atividades se encadeiam do mesmo modo combinatório, em que o canal de satisfações encontra-se previamente traçado (...) em que o envolvimento é climatizado, organizado, culturalizado.

Para falar da especificidade do mercado de psicotrópicos ressaltamos o caráter simbólico particular o qual circunda objetos relacionados à psiquiatria (CAPONI, 2009). Foucault (2006) coloca como ponto fundamental da distinção entre saber médico e saber psiquiátrico, a ausência do corpo; esse autor mostra as singularidades da prática da psiquiatria em relação às práticas da anatomopatologia e as diferenças em relação à enunciação terapêutica tão bem como a proposta de diagnósticos. Para Foucault (idem) a observação do médico não é a mesma do psiquiatra. O olhar do médico é o olhar em profundidade dentro do corpo (sinais nos órgãos que mostram a presença da doença; a lesão define a doença) (CAPONI, 2009). Este olhar deixa de existir na psiquiatria; a legitimidade da psiquiatria se constitui a partir de um olhar de superfície ou um olhar impressionista. A psiquiatria elabora o diagnóstico a partir das manifestações no comportamento, desta forma o diagnóstico psiquiátrico não é um diagnóstico diferencial, antes, é um diagnóstico binário: mais do que uma precisão nosológica, importa saber se um paciente é ou não doente, está ou não está louco⁹³.

Propomos neste capítulo focar o mercado de psicotrópicos a partir do que Eva Illouz (2011, 2018) nomeia como a emergência do estilo terapêutico tão bem como seus desdobramentos numa relação de reforço entre exigências do neoliberalismo e o fortalecimento da indústria farmacêutica a partir da segunda metade do século XX. Argumentamos que a indústria farmacêutica de psicotrópicos é diferente de outras, menos pelo seu caráter material e mais por seu caráter simbólico (Mazon, 2021); um caráter simbólico particular quando o controle emocional se transforma numa mercadoria. Seguindo de perto Illouz, Bourdieu e Zelizer, interessa-nos apresentar o campo no qual estes fenômenos acontecem tão bem como seu contexto. Embora constitua item de mercado como outro qualquer – entramos na farmácia, pagamos e saímos com um medicamento, eles possuem aspectos particulares como bens credenciais e de prescrição (Mazon, 2019;2020).

Conforme Illouz (2011) a aproximação bem-sucedida entre a autoajuda de Smiles e a psicanálise nos EUA permitiram uma justificativa comum a diferentes classes sociais em relação ao sofrimento psíquico. Tal qual o dogma calvinista que aproximava as classes sociais em termos da dedicação ao trabalho justificando as desigualdades sociais conforme análise de Weber na *Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, Illouz (2011) como na sociedade do *homo sentimentalis*, ricos e pobres têm direito a expressar o seu

⁹³ Conforme Foucault (Foucault, 2007, Caponi, 2009) os mecanismos de prova são o interrogatório/anamnese (procurar pelas causas na infância e história de vida como forma de verificar possível gênese na família, se existe uma patologia pré-existente, secundando o contexto social), as drogas e a hipnose. Explora-se nos antecedentes individuais signos anunciadores da doença, pequenas anomalias ou desvios de conduta na história de vida do paciente, sinais de uma disposição anterior para a loucura.

sofrimento psíquico. Conforme Illouz (2011) essa retórica emerge e ganha reforço a partir da queda do muro de Berlim, em que os espaços públicos serão preenchidos por problemas privados. Esse processo coincide com o momento da virada neokraepeliniana abordado neste capítulo: a retomada do olhar biológico que desconsidera o contexto coletivo dos fenômenos em saúde mental.

O objetivo é destacar os aspectos simbólicos da prescrição assim como os novos aspectos da prescrição no que diz respeito aos psicotrópicos quando o assunto é o metilfenidato – ou seu nome no mercado: Ritalina. Embora falar de prescrição seja mais fácil pensar na ação do profissional da saúde como um prescritor, exploramos elementos os quais circundam a moralização da prescrição. A sociedade digital e interconectada (Fourcade e Heally, 2017) coloca em circulação os influencers digitais que não só discutem aspectos de medicamento como apresentam aulas sobre o funcionamento do cérebro na contribuição tanto para o espraiamento do uso tanto quanto na banalização do que seria um paciente com TDAH. Este processo contemplaria um aspecto do que Larner nomeia como governamentalidade no modo de ser do neoliberalismo. Mais do que um agenda política ou uma ideologia, o neoliberalismo pode ser melhor compreendido como estilo de governamentalidade. Não só uma retórica, antes, um sistema de significados que constitui as instituições, as práticas e as identidades de maneiras contraditórias (LARNER, 2006). Enquanto o neoliberalismo é menos governo, isto não significa que ele seja menos governança: ele encoraja instituições e indivíduos a se conformar às normas de mercado.

O capítulo está dividido em três seções. Na primeira abordamos a emergência do estilo terapêutico na era do capitalismo afetivo a partir da obra de Eva Illouz tão bem como o a relação entre o discurso da competência emocional como alavanca do DSM - um manual de doenças mentais estadunidense o qual conquista legitimidade mundial a partir de sua quarta e quinta versão - como elemento de banalização de diagnóstico psiquiátrico. Na segunda abordamos aspectos do *modus operandi* de diagnósticos e prescrição em saúde mental: as práticas de diagnóstico e prescrição as quais operam secundando o contexto social como justificativa de cientificidade - caráter típico da virada neokraepeliniana (FURTADO, 2021, CAPONI, 2009; MUNHOZ, 2019). Na última seção analisamos aspectos da sociedade neoliberal mediados pela governança a distância: quando o assunto são exigências do mercado de trabalho, de que modo a noção de competência profissional passa a ser mobilizada e operada pelo recurso aos psicotrópicos enquanto melhoradores de desempenho.

Emergência do estilo terapêutico na era do capitalismo afetivo

Para explorar o mercado de psicotrópicos como parte de um processo amplo de controle das emoções, iniciamos esta seção com a apresentação da noção de capitalismo afetivo proposto pela autora Eva Illouz (2011). Conforme Illouz (2011; 2018), as emoções não são novidade recente na teoria sociológica. A autora retoma os clássicos da Sociologia. Em Weber a ideia do papel das emoções na ação econômica: a angústia associada a dúvida do fiel protestante com relação ao fato de considerar-se um eleito ao reino dos céus ou não (Illouz, 2011:7). Em Marx a ideia do trabalho alienado, como uma forma de afastamento da realidade, a perda de vínculo com o objeto de trabalho, o qual cria uma forma de embotamento afetivo: separa as pessoas umas das outras, de sua comunidade e do seu eu profundo. Ainda em Durkheim e o seu conceito central de solidariedade que não é senão um feixe de sentimentos e representações que ligam indivíduos aos símbolos sagrados da Sociedade (ILLOUZ, 2011:8).

Concordando com Bourdieu (2013) Illouz argumenta que o afeto não é a ação em si, antes é a energia que nos impele a agir e que confere um clima ao ato. Illouz argumenta que a criação do capitalismo caminhou de mãos dadas com a criação de uma cultura afetiva densamente especializada. Ela remonta ao ano de 1909 quando Sigmund Freud proferiu as Conferências de Clark expondo as principais ideias da psicanálise⁹⁴; ideias as quais encontram ressonância na cultura popular norte-americana. Não interessa a autora discutir os elementos da teoria em si, antes o que ela aponta é o efeito desta teoria ou uma relação de reforço com a cultura norte-americana⁹⁵. Para Illouz (2011) a psicanálise reconfigurou a vida psíquica ou a forma como as pessoas enxergam a vida psíquica: estas teorias formularam um novo estilo afetivo, estilo que Illouz nomeia como terapêutico. Este estilo dominou o cenário cultural norte-americano e depois se espalhou pelo mundo. Basta lembrar como a psicanálise está presente nas conversas do dia a dia: algumas pessoas declaram um ‘trauma’ de um alimento que a mãe as obrigou a comer na infância, que uma pessoa se sente rejeitada por fulana ou fulano. Estas são expressões oriundas da psicanálise e que alcançam a linguagem cotidiana. Importante destacar como estas expressões não surgem somente na clínica, na relação terapeuta-paciente, antes nas conversas contemporâneas: nas trocas entre

⁹⁴ As ideias centrais da psicanálise: lapsos de linguagem, o papel do inconsciente no destino de cada um, a centralidade dos sonhos na vida psíquica, o caráter sexual da maioria dos nossos desejos e a família como origem do psiquismo e causa das patologias.

⁹⁵ Illouz (2011) propõe a Psicanálise mais do que uma teoria como um conjunto de práticas culturais e reforçada pelo discurso de autoajuda de Smiles.

pais e filhos, entre marido e esposa, cada um recorre a linguagem psicanalítica para relatar fatos e sentimentos.

Segundo Illouz (2011) o estilo afetivo moderno foi moldado, sobretudo – mas não somente – pela linguagem da terapia; a qual emergiu entre a primeira e segunda guerra mundiais. Estudando esta cultura terapêutica Illouz foi levada ao tema de como nós nos relacionamos afetivamente em nossa sociedade. Importante lembrar aqui como este tema é forte igualmente no Brasil. Apenas para ficar em dois exemplos podemos falar do mercado de novelas e mercado musical. A novela brasileira, exportada para outros países e que conta com alto índice de audiência fala de pares românticos, das emoções que se encontram e se desencontram no melhor estilo do francês Honoré de Balzac, com as tramas, fofocas e maldades da *Comédia Humana*. Este fenômeno se espalha nas séries da Netflix entre outras plataformas de streaming. Na música, o fenômeno do feminejo, estilo que tem o maior número de acessos nas plataformas de streaming musical. O estilo também faz menção ao par romântico em encontros e desencontros, fazendo girar somas milionárias para cantoras do gênero (AMORIM, 2021); o Spotify, plataforma de streaming musical mais popular do Ocidente organiza seu repertório não só em gêneros (pop ou rock) mas também por estados emocionais (moods) refletindo sensações como alegria, tristeza, preocupação, concentração, entre outras. Coletivo e memória (representados por categoria como gênero) são substituídos por experiência sensorial imediata (LEMOS, 2021). Estas experiências fundam objetos de mercado ou o que o Illouz nomeia como mercadorias emocionais (ILLOUZ, 2019).

Interessa-nos explorar o argumento de Illouz como forma de iluminar os processos concernentes à indústria farmacêutica de psicotrópicos e o aumento crescente do uso de psicotrópicos como alternativa à sociedade competitiva do neoliberalismo (ROSE, 2019; CABANAZ e ILLOUZ, 2019) em que os agentes se constituem como si mesmos neuroquímicos (ROSE, 1996; 2006; 2013). Para tanto focamos na singularidade da indústria de psicotrópicos a qual, diferente de outras, possui um caráter antes do que material, simbólico - um caráter simbólico particular quando o controle emocional se transforma numa mercadoria (MAZON, 2021). O psicotrópico constitui um bem credencial: a experiência do bem não é verificada antes da aquisição – como é o caso de roupas- nem durante a experiência como é o caso do turismo; apenas depois e sob a análise do efeito esperado avaliado por um especialista, neste caso, psiquiatra. De outro lado é um bem de prescrição: ele não pode ser comprado diretamente, apenas a partir de uma receita assinada por um profissional da medicina o qual autoriza esta aquisição. O psiquiatra é um duplo intermediador ao mesmo tempo em que pode fazer o diagnóstico e prescrever

a receita, ao mesmo tempo, interpreta o efeito da droga no organismo de quem a consome (MAZON, 2021).

Virada neokraepeliniana: diagnósticos em saúde mental e o espraio do consumo de psicotrópicos (ou a crítica da razão pura)

A padronização diagnóstica organiza vastas arenas burocráticas e áreas de trabalho envolvendo redes de especialistas, pesquisadores, informações e espaços institucionais em todo o mundo (PETRYNA, 2006). O TDAH é um diagnóstico considerado como condição universal com prevalência transcultural; tratamentos são anunciados como aplicáveis em todos os lugares. Essa suposta universalidade implica grande volume de confiança, sustentada pelo know-how especializado, cujo produto se torna um conjunto de documentos principais: diretrizes de vigilância que restringem a sintomatologia central a interpretações fixas (LAKOFF, 2005; MAZON, 2020, MAZON, 2021). Para que a relação entre diagnóstico e prescrição seja bem-sucedida é necessária a existência de padrões técnicos, o que Lakoff (2005) nomeia como dispositivos; o que permite atribuir diagnósticos às doenças sem que cada paciente seja analisado como único. O medicamento precisa circular pelo mercado de maneira regulada e sistemática com base em diagnóstico que ligue a doença (considerada como estados mentais ou comportamentos) à cura. Neste sentido a doença assume status de significância informacional e valor na medida em que as trajetórias de vida de cada paciente puderem ser colocadas em um mesmo espaço de medicação. Conforme Lakoff (2005, p. 21) a doença precisa adquirir esta liquidez; o diagnóstico é a convenção a qual produz tal equivalência. Essa relação tem início com a passagem do DSM III para o IV, a partir do movimento de reunião de um conjunto de especialistas no esforço de normatizar os diagnósticos (Lakoff, 2005; Frances, 2016).

Conforme Portugal e Vaz (2012) essas características dão aos psicotrópicos um caráter ambivalente: eles são parte de um sistema médico, o qual controla a experiência e interpreta a ação do psicotrópico por pacientes, ao mesmo tempo que são objeto de consumo, parte de um sistema em que o usuário deve escolher por si, com o objetivo de maximizar a sua felicidade (PORTUGAL E VAZ, 2012:7).

Conforme Furtado (2021) e Munhoz (2018) o trabalho de Kraepelin está baseado nos cadernos de anotação clínica, o que significa dizer observação do paciente ao longo do desenvolvimento dos sintomas. É uma forma diagnóstica com base filosófica kantiana, uma base prática da psicologia como ciência, no sentido proposto por Wundt. Wundt propôs um modelo diagnóstico baseado na introspecção, em entender as sensações de cada paciente: um

método inspirado pela filosofia de Kant. O sujeito e suas funções psicológicas devem ser analisadas à luz da ciência positiva, observável, mensurável e comparável⁹⁶na sua forma mais pura.

Kraepelin toma como base esta ideia: ele quer conhecer e analisar o sintoma na sua forma mais pura. Ele convida seus alunos a deixar de lado a vida dos pacientes, o entorno social, o contexto; interessa entender o sintoma na sua expressão pura. Vale lembrar que esta ideia concorre com Freud, com a psicanálise. Na década de 1970, os movimentos antipsiquiatria, combatem este procedimento, ele passa por questionamentos.

A nova era do diagnóstico: DSM e a banalização da prescrição

Conforme Illouz (2019) se na empresa os psicólogos fizeram da produtividade uma questão afetiva, no campo da intimidade eles condicionaram prazer e sexualidade à implementação de procedimentos imparciais e à afirmação e preservação dos direitos básicos da mulher. O conceito de saúde afetiva tinha o intuito de libertar relações íntimas da sombra do poder. A intimidade passou, desde então, a *ser atormentada pelo problema das trocas equitativas e conciliação da afetividade com asserções instrumentais do eu* (ILLOUZ, 2011:46). Conforme Illouz (idem) análises que se dedicam ao tema esqueceram-se da investigação da própria transformação da intimidade. Seguindo de perto Zelizer (1978; 2011). Illouz propõe um processo de interinfluência interrogando de que maneira novas normas de igualdade e liberdade transformaram a textura afetiva dos relacionamentos íntimos ou o que ela chama de racionalização das relações íntimas.

Illouz cita quatro *loci* institucionais responsáveis pela consolidação da terapia na cultura norte-americana. O primeiro seria o Estado ao criar o Instituto Nacional de Saúde Mental aumentando seus fundos nas décadas seguintes; a terapia era mobilizada em diferentes áreas como assistência social, programa de reabilitação dos presídios, educação e tribunais. Foi o discurso psicológico um dos principais modelos do individualismo adotado e propagado pelo Estado. Em segundo lugar o feminismo em sua promoção da sexualidade como sede de emancipação na década de 1960 e na década de 1980 na denúncia dos efeitos opressivos da família patriarcal nos maus tratos infantis. A terapia era uma tática para criticar o patriarcado. O terceiro grupo foram os veteranos do Vietnã e a categoria trauma foi mobilizada como forma de acesso a benefícios sociais. Por último, porém um dos mais

⁹⁶ Wundt pretendia importar das ciências naturais o método para pensar as funções psicológicas humanas. Para isso, 'é necessário conhecer a forma mais pura desta função, no sentido proposto por Kant (FURTADO, 2021).

significativos grupos, foi a indústria farmacêutica e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, mais conhecido pela sigla DSM; como elemento de impulso ao mercado na saúde mental (FRANCES, 2016; WHITAKER, 2017; MAZON, 2019; MAZON 2020; CAPONI, 2019).

A codificação das patologias nasceu do fato da saúde mental ter se aproximado estreitamente das coberturas de seguros (FRANCES, 2016; ILLOUZ, 2011). O DSM oferece o número de códigos das listas de reclamações de reembolsos de seguros. Ponte entre os profissionais da saúde, em particular psiquiatras, grandes instituições e a indústria farmacêutica. A indústria farmacêutica ganha características específicas a partir deste processo que lhe dá antes do que um caráter econômico robusto, um caráter simbólico muito singular em relação aos outros ramos da indústria (MAZON, 2021) num momento em que o próprio controle emocional se transformou ele mesmo numa mercadoria (ILLOUZ, 2019).

Importante lembrar como na década de 1980, quando da retomada dos critérios de avaliação do DSM para sua quarta versão, há um movimento dentro da psiquiatria para retirar toda a forma de interpretação individual, subjetiva a respeito de pacientes e seus sintomas. Retirar toda forma de interpretação que era típica da psicanálise, ao mesmo tempo a defesa de critérios nomeados mais rígidos, mais científicos, que são os procedimentos de contagem de comportamentos, observação e comparação próximos da visão positivista (LAKOFF, 2002; 2006, CAPONI, 2014). A força-tarefa do DSM IV reúne pesquisadores, psiquiatras e psicólogos com o esforço de criar critérios claros e eliminar diferenças individuais nos critérios diagnósticos (FRANCES, 2016). Lembramos aqui da forma mais pura conforme a defesa de Kraepelin.

Essa forma de diagnóstico de retomada dos critérios de Kraepelin se torna preponderante; este é movimento neokraepeliniano: as descrições puras de sintomas, procurando quais comportamentos levam a um diagnóstico específico. Neste sentido, as formas de pensar o sintoma, toda expressão de comportamento é patologizada. Como veremos na seção 3 deste artigo, a linguagem e os temas tratados por psiquiatras e influencers digitais falam sobre técnicas de imageamento do cérebro que ainda não foram comprovadas como relacionadas aos casos de TDAH por um lado e por outro, fazendo apelo ao uso do medicamento baseado em comportamentos que são comportamentos típicos de crianças para os casos de TDAH ou fazendo referência a problemas, que são problemas típicos da vida de qualquer ser humano: perda o emprego, ficar triste ou desanimado com acontecimentos da vida cotidiana, entre outros (CAPONI, 2014).

O patológico e a infância

Neste contexto qual o limite que regula o que é normal e o que é patológico? No campo da infância e da adolescência, diagnósticos e avaliações do que é patológico estão apoiados numa lógica do desenvolvimento da criança a partir de sua maturação biológica, conforme a tese apresentada por Jean Piaget. Para Piaget é necessário esperar o processo de maturação biológica para que o aprendizado ocorra. Esta tese é criticada por Vigotski, autor que inverte este raciocínio: é exatamente o aprendizado o elemento a promover o desenvolvimento e não o contrário. Conforme Furtado (2021) Luria e Vigotski questionam a ideia de que o limite dos três anos de idade como fase crucial do desenvolvimento da personalidade da criança. Vigotski defende o inverso: a partir dos três anos que as funções psicológicas superiores (atenção, percepção, linguagem, pensamento) começam a se desenvolver, funções psicológicas que tornam o humano diferente de outros animais. É neste momento que as funções que são eminentemente humanas começam a se desenvolver, a cultura na qual a criança está inserida. Entender a organização da família, da sociedade mais ampla é crucial para entender os processos de desenvolvimento infantil. O desenvolvimento destas funções psicológicas não se dá senão em relação ao seu meio social e cultural. Compreender este meio é fundamental para entender o comportamento da criança, visão oposta àquela defendida pela abordagem neokraepeliniana.

Se o tema da prescrição e diagnóstico em saúde mental poderia parecer exclusivo do setor médico-farmacêutico, apontamos na próxima seção como a ideia do governo a distancia materializada nos discursos dos próprios cidadãos, esses que mesmo sem serem especialistas, fazem apelo ao uso de drogas como forma de competitividade na era do neoliberalismo. Exploramos estes elementos a partir de exemplos de *influencers* digitais.

Neosujeitos e os psicotrópicos – sofrimento psíquico e neoliberalismo

A governamentalidade, tal qual proposta por Foucault (ROSE et al., 2012; ROSE, 2006), é o conjunto de preocupações dispersas relativas à racionalidade e técnicas implantadas na atividade de governar. É relevante destacar que governar não se limita aqui ao Estado, *como também diz respeito a iniciativas de grande alcance assim como esforços mais mundanos orientados a conduzir a conduta das pessoas, o que Foucault chamou a arte do governo* (FRIDMAN, 2016, p. 9). Mais do que um conjunto de políticas, Foucault concebeu o neoliberalismo como racionalidade prática de governo cuja intenção paradoxal é não governar demais (FOUCAULT, 2007, p. 29). O que distingue

o neoliberalismo é um enfoque da arte de governar na qual a prioridade é governar à distância.

O que o neoliberalismo propõe aos indivíduos não é, portanto, redução do governo, mas antes reformulação das técnicas governamentais que dá maior ênfase ao autogoverno individual (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 328). Conceber o neoliberalismo nesses termos permite captar mudanças na sociedade contemporânea que tem sido sutis e ao mesmo tempo profundas (FRIDMAN, 2016, p. 20).

Neste sentido conforme argumentam Dardot e Laval (2016) surge a ideia do capital humano. O sujeito neoliberal é aquele que investe em si mesmo como um capital (DARDOT e LAVAL, 2016). O capital humano transforma-se no tipo de subjetividade própria do neoliberalismo. O sujeito competitivo, resiliente, que tem um projeto de vida. O sujeito que se identifica com os ideais econômicos da empresa e é estimulado a este exercício pela própria conformação do sistema educacional. O sujeito que reflete sobre si mesmo e suas competências (DARDOT e LAVAL, 2016:338).

Vivemos na era das metas a cumprir: uma meta de beleza, de saúde, sucesso financeiro todas associadas a uma meta ampla de felicidade (CABANAZ e ILLOUZ, 2019). Conforme Illouz e Cabanaz (2019) este estado de felicidade não pode ser avaliado por cada ser humano individualmente, ele precisa recorrer a especialistas e a dispositivos os quais permitem calcular seu grau de felicidade (CABANAZ e ILLOUZ, 2019). Graças a psicologia positiva,

(...) a felicidade já não era considerada um conceito nebuloso, uma meta utópica (...). Pelo contrário tornou-se um objetivo universal, um conceito mensurável em torno do qual esses cientistas afirmavam ter por fim identificado as características psicológicas que definiam o indivíduo estável, bem sucedido e mais otimizadamente funcional (...) Segundo especialistas em psicologia positiva, os indivíduos que demonstraram níveis elevados de inteligência emocional, autonomia, amor-próprio, otimismo, resiliência e automotivação apresentam as características psicológicas típicas de pessoas que se gerem a si mesmas (...) que expressam níveis elevados de felicidade e de saúde (...)(CABANAZ e ILLOUZ, 2019:19).

Segundo estes autores essa busca da felicidade é uma das exportações mais distintas e um dos principais horizontes políticos da cultura norte-americana que se espalhou apoiada numa vasta gama de operadores não políticos, a saber: livros de autoajuda, *coaches*, empresários, organizações privadas e fundações, Hollywood, *talk shows*, celebridades e psicólogos. Apenas recentemente a busca da felicidade deixou de ser um horizonte político essencialmente estadunidense, tendo-se tornado uma indústria global multimilionária

a qual funciona próxima da ciência factual e empírica (CABANAZ e ILLOUZ, 2019:18).

A felicidade é lida numa chave instrumental não como bem em si mesmo, mas com um fim utilitário: ela serve como recurso estratégico para otimização da saúde, da sociabilidade, da produtividade (FREIRE-FILHO, 2010:50). Há uma lógica circular: ser feliz é ter saúde, ter saúde para ser feliz (PORTUGAL E VAZ, 2012). Nessas justificações recíprocas saúde e felicidade se aproximam e tudo pode ser resolvido através de medicamentos. A felicidade surge como efeito de alterações químicas no cérebro (PORTUGAL E VAZ, 2012).

Há um reforço particular destes processos que se realiza através do discurso publicitário. Estes discursos tornam-se opacos ao mobilizar uma multiplicidade de valores através das suas mensagens. Bourdieu (2000) ao mencionar os efeitos da propaganda na construção do mercado de casas próprias na França fala dos efeitos poéticos da publicidade ao fazer apelo a uma mensagem encantada que associa a casa própria a felicidade da família, ao futuro, à uma garantia de reprodução do grupo familiar. De igual maneira, Lears (1995:10) aponta como a publicidade tentar enquadrar desejos, sonhos e expectativas numa retórica de controle mais ampla. Esta retórica aparece conectada à ideia de eficiência pessoal e na justificativa da estratégia correta; a forma moralmente aceita de como atingir esta eficiência (Zelizer, 2018; Fourcade e Heally, 2017). Os meios de comunicação e particularmente as mídias sociais oferecem discursos sobre as possibilidades do si mesmo (Jorge, 2018) numa sociedade programada para pensar nos termos do eu (Illouz, 2017; 2019; 2020).

Psicotrópicos e a sociedade de estilo terapêutico

Conforme Portugal e Vaz (2012) o buscador do google para a palavra felicidade está associado a youtubers que por sua vez, convidam usuários a buscar a felicidade através da alimentação, exercícios e também medicamentos. Indo de encontro as tecnologias do eu, transformar um eu imperfeito num eu melhorado, otimizado (sempre diferente, melhor e mais bem sucedido que o anterior (FRIEDMAN, 2016; LEITE, 2017). Com relação aos psicotrópicos, os influencers, mesmo não sendo especialistas na área, expõem os efeitos e mecanismos de funcionamento das drogas no cérebro, ou melhor, os efeitos positivos produzidos pelos psicotrópicos: liberação da endorfina, dopamina, serotonina, entre outros. Esses processos naturalizam a compreensão e o convite constante a transformar estados mentais em outros considerados mais adequados. A felicidade aparece como estímulo a estados de prazer e

relacionados a uma sucessão de estados de prazer que podem ser provocados através de psicotrópicos (AZIZE, 2018). A serotonina ganha estatuto particular de cuidado de si (AZIZE, 2018). Em revistas de saúde e jornais diários nutricionistas aconselham a mistura de banana com chocolate como forma de aumentar os níveis de serotonina.

No canal do Youtube sobre concursos, uma *live* com 43.397 mil visualizações em 29 de agosto de 2021 (postada em 12 de março de 2020). Um canal com 1.800 inscritos. A postagem recebeu 1.900 curtidas. O dono do canal traz um neuropediatra que fez medicina na Universidade Estadual de Londrina e fala sobre a Ritalina (metilfenidato). Ele conta que fez especialização em neuropediatria na Santa Casa (faculdade de medicina tradicional da cidade de São Paulo). Ele cita como sintoma: *muito avoado e com dificuldade de concentração* e imediatamente relaciona o mal ao funcionamento do lobo frontal. Segundo ele, A Ritalina normaliza a substância no cérebro ao inibir a recaptação dos neurotransmissores. Ele alerta para a *compra Ritalina no mercado livre e de gente que vende sem receita, paga 10 vezes o preço do medicamento – 10:51” - 11:00”*). *TDAH é um diagnóstico clínico, se vc preenche os critérios.*

Ele fala num sentido triunfal da Ritalina:

Na minha opinião o Metilfenidato é uma das medicações mais impressionantes com a qual eu trabalho. Se você dá (prescreve) no primeiro comprimido tem diferença, só que pra quem tem o transtorno. (12:35-12:49”)

Com relação a Ritalina e o perigo da dependência: o neuropediatra afirma que não. O criador do Metilfenidato colocou o nome de Ritalina em homenagem a sua esposa - Rita - que jogava tênis e ela gostava de tomar o remédio porque lhe dava mais pique e ela ficava mais focada (13:14-13:27).

Uso muito... Nesse período de quarentena fiz um caminhão de artigos graças a Ritalina, antes escrevia 3 páginas por dia, depois da Ritalina fazia 8 páginas por dia, amigo meu comprou também e tá rendendo também. Não sei por que fazem essa propaganda negativa (grifo meu), é um medicamento que faz você se sentir bem, ficar concentrado e agir com mais serenidade, com certeza esse cara sabe que nos Estados Unidos todo mundo usa e todo mundo é de boa.

Em outro evento, para o dia mundial do TDAH, treze de julho deste ano de 2021, a Rádio CBN de Florianópolis convidou uma psiquiatra infantil para falar sobre o Transtorno. Ao final da entrevista ela convidou ouvintes para uma *live* na noite do mesmo dia com um paciente de TDAH com um canal

no Youtube sobre o tema. A inscrição era pelo WhatsApp e convidava interessados e pesquisadores da área. Me inscrevi e participei.

O evento se passa num palco com um jogo de luzes sobre o organizador e a psiquiatra. Eles falam com o público, sentados e em pé alternadamente e depois se deslocam até bem perto da câmera para pedir que a assistência convide mais pessoas para a *live*. Ambos falam sobre os sintomas do TDAH e passam a palavra um ao outro como se ambos fossem especialistas do tema. O apresentador fala ao público: *“Não tenha medo da medicação. Ah, mas tem efeito colateral; melhoram com o passar do tempo (...) tem um resultado muito bom (...).”*

Vamos lá (...) a Ritalina leva a dependência a longo prazo (...) qualquer medicação leva a dependência (se usada) de forma inadequada.

Aumenta o risco de o adolescente se envolver com drogas se não tratar o TDAH (embora tenha feito a afirmação, ele não cita de onde tirou os dados). O sexo foi melhor, meu desempenho depois da medicação melhorou.

No chat, um participante manifesta: “Comecei a tomar a medicação, estou me achando depressivo”.

Ele responde: “É normal. Será que você não estava depressivo antes?”

O apresentador pergunta: “se eu não consigo entregar o TCC, será que vale a pena?”

Ele mesmo responde: “As várias áreas do teu cérebro serão estimuladas, tua chance de sucesso aumenta com a medicação. Dopamina, noradrenalina, motivação interna (...) é como se nosso tanque estivesse furado.”

Nesse evento, é interessante notar o que Bourdieu nomeia como curto-circuito de legitimação: o paciente de TDAH confere legitimidade a psiquiatra e ela confere legitimidade ao discurso do paciente, o qual menciona aspectos técnicos do tratamento e da doença. O discurso tem caráter triunfalista: tudo melhora depois da medicação.

Há outros eventos em que youtubers mencionam a Ritalina para melhorar a concentração com o objetivo de estudar para concursos públicos; a Ritalina associada ao concurso público no Brasil, já relatada na literatura. Eles surgem associados às hashtags: [#Ritalina](#) [#Ritalinanconcurso](#) [#Concursos-Públicos](#).

Os influencers traduzem para uma linguagem prática do dia a dia normalizando o uso da droga, naturalizando a ideia de que o problema do TDAH, por exemplo, é um problema do cérebro. Mesmo que não haja evidências da relação entre imageamento cerebral e o TDAH.

Considerações finais

Focamos neste capítulo a emergência do estilo terapêutico e seus desdobramentos numa relação de reforço entre exigências do neoliberalismo e o fortalecimento da indústria farmacêutica a partir da segunda metade do século XX. Defendemos que a indústria farmacêutica de psicotrópicos possui uma singularidade em relação a outras indústrias, menos pelo seu caráter material e mais por seu caráter simbólico particular no momento em que o controle emocional se transforma em mercadoria.

Segundo Illouz (2011) a ideia de que nós temos da emoção para uma concepção comum é a de uma entidade isolada do contexto de outras dimensões da existência humana; uma emoção abstraída da situação em que ela emerge e a qual ela contribui a responder. Nossas concepções comuns acabam por nos tornar céticos dos efeitos práticos da verbalização das emoções. O desafio que nos propõe Illouz seguindo de perto Zelizer é interrogar crenças sobre o mundo e o julgamento de valores que implicam atribuições de uma emoção, um exame da prática da verbalização das emoções. Conforme defende Illouz (2018) a sociedade moderna teria intensificado a vida emocional tão bem como teria havido um espraiamento da emoção nas diferentes esferas de atividade social – tanto consumo quanto produção. Esperamos ter contribuído com este debate ao apresentar o consumo de psicotrópicos tão bem como sua produção pela indústria farmacêutica como elementos de reforço da tese apresentada por Eva Illouz. Mostramos como o discurso dos *influencers* digitais faz apelo a urgência de competências afetivas como forma de ser bem-sucedido no ambiente do neoliberalismo.

Neste capítulo vimos como o processo de moralização dos psicotrópicos se realiza num momento de coincidência entre o espaço público preenchido por problemas privados a partir da queda do muro de Berlim e o momento da virada neokraepeliniana nos diagnósticos em saúde mental, diagnósticos pensados na sua forma mais pura e distantes do contexto social onde são produzidos.

Embora psicotrópicos sejam bens consumidos com o objetivo de atingir um estado de saúde desejado, confundido e duplicado com um estado de felicidade, eles são objetos os quais circulam através do mercado a partir da singularidade de se constituírem como bens de prescrição e bens credenciais. Essa particularidade coloca em evidência o poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2007) já que é uma especialidade médica que tem poder de autorizar o acesso ao bem ao mesmo tempo em que é este profissional quem pode decifrar a experiência e os efeitos do consumo de psicotrópicos como adequado ou não. Embora seja uma iniciativa do paciente a entrar na farmácia e adquirir o

psicotrópico (como ele faria com qualquer outra mercadoria) esta aquisição se faz num ambiente eivado de incertezas sobre a precisão diagnóstica e sobre promessas de um estado mental ideal, inatingível. Essa imprecisão reforça o poder psiquiátrico no momento atual como também um poder de mercado. Esta dimensão convida a pensar sobre alternativas para tornar a experiência de consumo de psicotrópicos um ambiente mais democrático em que o paciente tenha espaço e que sua experiência possa ser ouvida. Rose (2019) defende a ideia dos espertos por experiência e o Brasil vive a iniciativa da gestão autônoma de medicamentos (GAM) entre outras. Mais pesquisas sobre este tema são bem-vindas.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, I. O futuro da música e do seu dono. **Folha de São Paulo. Opinião.** 15/maio/2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2021/05/o-futuro-da-musica-e-do-seu-dono.shtml>. 2021
- AZIZE, R. L. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, vol. 14(1): 7-30, 2018.
- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, LDA. 2018.
- Bernardi, T. (2021) Meu inconsciente coletivo. **Folha de São Paulo.** 19/março/2021. Podcast sobre neuroses modernas discute ansiedade e o uso de remédios. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2021/03/podcast-sobre-neuroses-modernas-discute-a-ansiedade-e-o-uso-de-remedios-ouca.shtml#:~:text=No%20s%C3%A9timo%20epis%C3%B3dio%20de%20Meu.em%20suas%20sess%C3%B5es%20de%20terapia>.
- BOURDIEU, P. **As estruturas sociais da economia**. Porto: Campo das Letras S.A, 2006.
- BOURDIEU, P. **O senso prático**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2009.
- BOURDIEU, P. É possível um ato desinteressado? In: **Razões Práticas. Sobre a teoria da ação**. 11ª. edição. SP: Papyrus, 2011, 2ª. reimp., 2013, p. 137-156.
- CABANAS, E., ILLOUZ, E. **A ditadura da felicidade. Como a ciência da felicidade controla nossas vidas**. Lisboa: Bertrand Editora/Temas e Debates. 2019.
- CAPONI, S. História do poder psiquiátrico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2009.
- CAPONI, S. Emil Kraepelin and the problem of degeneration. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 475-494, 2010.
- CAPONI, S. O DSM como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014.

DOUGLAS, M. e ISHERWOOD, B. **O mundo dos bens: para uma antropologia do consumo**. Trad. de Plínio Dentizien. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004. 304 p

FOUCAULT, M. Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2018.

FOUCAULT, M. **Tecnologías del yo y otros textos afines**. 1ª. Ed. Pensamiento Contemporáneo 7, Buenos Aires: Paidós, 2008

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico. Curso do Collège de France (1973- 1974)**. Trad. Eduardo Brandão. SP: Martins Fontes, 2006.

FOURCADE, M.; HEALY, K. Seeing like a market. **Socio-EconomicReview**, v. 15, n. 1, p. 9-29, 2017.

FRANCES, A. **Voltando ao normal. Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle**. 1. ed. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

FREIRE FILHO, J. A felicidade na era de sua reprodutibilidade científica: construindo “pessoas cronicamente felizes”. In: ____ (org.). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

FURTADO, Vanessa. Teatro de mamulengos: a teoria de Vigotski e Luria, caminhos para superar o ‘fetiche do cérebro’ na Saúde Mental. **Mad in Brasil**. 2021. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/08/teatro-de-mamulengos-a-teoria-de-vygotski-e-luria-caminhos-para-superar-o-fetiche-do-cerebro-na-saude-mental/>

ILLOUZ, E. **O amor nos tempos do capitalismo**. Rio de Janeiro: Zahar. 2011.

ILLOUZ, E. (org.) L’ideal de la santé mentale et de amelioration de soi. L’auto-contrôle emotionel comme marchandise. Pg. 194-338. In : ILLOUZ, E. **Les marchandises émotionnelles. L’autenticité au temps du capitalisme**. Editions Premier Parallele, 2019. E-book.

JORGE, M. F. (2015) **Desempenho tarja preta: medicalização da vida e espírito empresarial na sociedade contemporânea**. Dissertação de mestrado. Disponível em: http://ppgcom.uff.br/wp-content/uploads/sites/200/2020/03/tese_mes-trado_2014_mariana_ferreira_jorge.pdf

LAKOFF, A. Adaptive will: the evolution of attention deficit disorder. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, v. 36, n. 2, p. 149-169, 2000.

LAKOFF, A. **Pharmaceutical reason. Knowledge and value in global psychiatry**. Cambridge University Press, 2005.

LAKOFF, A. High Contact, gifts and surveillance in Argentina. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (ed.). **Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices**. Durham and London: Duke University Press, 2006. p. 112-135.

LEITE, Elaine da Silveira. Por uma sociologia da autoajuda: o esboço de sua legitimação na sociedade contemporânea. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, jul.-set. 2019, p.917-932.

LEMOS, R. Como as redes digitais demolem a cultura e ampliam a ansiedade. Ilustríssima. Opinião. **Folha de São Paulo**. (16/10/2021). Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2021/10/como-as-redes-digitais-demolem-a-cultura-e-ampliam-a-ansiedade.shtml?origin=folha>

MAZON, M. S. Padrões de qualidade e segurança alimentar no terreno institucional brasileiro. **Dados**, v. 52, n. 4, p. 1003-1044, 2009.

MAZON, M. Indústria farmacêutica e psiquiatria no quadro da Sociologia Econômica: uma agenda de pesquisa. **Política & Sociedade**, v. 18 (43) p. 136-61, 2019.
DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2019v18n43p136>

MAZON, M. Dos diagnósticos aos manuais: mercado farmacêutico e transtornos mentais da infância em questão. **Política & Sociedade**, v.19 (46), p.115-140, 2020.
DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2020.e75323>

MAZON, M. Por que a indústria farmacêutica é diferente das outras? Saúde mental, ciência e psicotrópicos em questão. In: CAPONI, S, Lajonquière, L, BRZOZOWSKI, F. S. **Saberes espertos e medicalização no domínio da infância**, SP: Editora LiberArs, 2021.

MOYNIHAN, R.; HEATH, I.; HEANRY, D. Selling sickness, the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, v. 324, n. 7342, p. 886-91, 2002.

PETERSEN, A. H. **Não aguento mais não aguentar mais**. Harper Collins. 2021.

PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. Introduction. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (ed.). **Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices**. Durham and London: Duke University Press, 2006. p. 206-239.

PORTO. W. (2021) Entenda por que o Burnout ameaça definir a vida de quase todos os millenials. **Folha de São Paulo**. Ilustrada. 17/set/2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2021/09/entenda-por-que-o-burnout-ameaca-definir-a-vida-de-quase-todos-os-millennials.shtml>

PORTUGAL, D. e VAZ, P. (2018) A felicidade é química e pode ser vendida? As dimensões éticas e farmacológicas da razão farmacêutica. **Compós, XXI Encontro Anual**, 2012. Disponível em: http://www.compos.org.br/data/biblioteca_1843.pdf

RITALINA, Mitos e Verdades, disponível em: Mitos e Verdades. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=f3Oc1pYW-ec>

ROSE, N. Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. **History of the human sciences**. v. 9, n. 2, p. 1-23, 1996.

ROSE, N. The Death of the social? Refiguring the territory of Government. **Economy and Society**, v. 25, n. 3, p. 327-56, 2006.

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N. Our psychiatric future. The politics of mental health. Cambridge: Polity Press, 2019.

SOARES, Silvio de Azevedo. **O Prozac como novo ópio do povo? Uma genealogia dos psicofármacos contemporâneos.** GT 13- Droga, atores e sociedade. Encontro ANPOCS 2021. Disponível em: https://www.anpocs2021.sinteseeventos.com.br/atividade/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czoNjoiYToxOntzOjE6ImgiO3M6MzI6IjU4OGNINDgwNWRmOGExOGRiMjg1MmI3MjllMTVIOTBhIjt9&ID_ATIVIDADE=232

WHITAKER, R. **Anatomia de uma pandemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ZELIZER, V. [1985]. **Pricing the priceless child. The changing social value of children.** Princeton University Press: [S.l.], 1994.

ZELIZER, V. **Economic lives:** how culture shapes the economy. Princeton University Press, 2011.

ZELIZER, V. Human values and the market: the case of life insurance and death in 19th-century America. **American Journal of Sociology**, v. 84, n. 3, p. 591-610, 1978.

AUTORAS(ES)

Ana Carolina Welter

Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil) e mestre em Saúde Coletiva (UFSC, Brasil). Farmacêutica do SUS Blumenau e professora da Sociedade Educacional de Santa Catarina (Unisociesc, Brasil). Sua pesquisa de doutorado se deu no âmbito da psiquiatria da infância, com ênfase no transtorno bipolar infantil.

E-mail: anacarolina.welter@gmail.com

Arthur Ramos Gonzaga.

Advogado, graduado em Direito pela Universidade de Cuiabá. Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Doutorando em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC e pela Université Paris 8. Pesquisador membro do Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde – NESFHIS do Departamento de Sociologia e Ciência Política da UFSC.

E-mail: ramosgonzaga.adv@gmail.com

Elizabeth Ortega

Doutora em Ciências Sociais com especialização em Serviço Social pela Universidad de la República (UDELAR, Uruguai). Professora associada da Facultad de Ciencias Sociales da UDELAR. Pesquisadora Nível 1 do Sistema Nacional de Investigadores da Agencia Nacional de Investigación e Innovación (Uruguai). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPI da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Suas pesquisas e publicações compreendem estudos sócio-históricos sobre instituições e práticas profissionais vinculadas à medicalização da vida social.

E-mail: elizabeth.ortega@cienciassociales.edu.uy

Erika Giraldo

Historiadora. Mestre em história pela Universidad Nacional de Colombia. Doutoranda em História da Ciência na Universidad Autónoma de Barcelona

(UAB, Espanha), com bolsa Fi-DRG.

E-mail: yohana.giraldo@uab.cat

Esteban Cynowiec

Biólogo pela Universidad de Buenos Aires. Professor do Institute of Biomedical Engineering da Universidad de Buenos Aires (Argentina)

E-mail: ecynowiec@gmail.com

Fabiola Stolf Brzozowski

Farmacêutica, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Pós-doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC.

E-mail: fabiola.stolf@gmail.com

Fabricio Vomero

Licenciado em Psicologia, Facultad de Psicología, UDELAR. Mestre e Doutor em Antropología (FHCE- UDELAR). Professor Colaborador e membro do corpo docente do Programa de Antropología y Salud de la Facultad de Humanidades, UDELAR.

E-mail: fabiriciovomero@gmail.com

Fernando Tadeu Germinatti

Doutorando do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil), Mestre em História pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO, Brasil), Graduado em Jornalismo pelo Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP, Brasil) e Graduando em Ciência política pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER, Brasil). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPi (UFSC, Brasil).

E-mail: germinattifer@outlook.com

Guillermo Folguera

Doutor em Ciências Exatas e Naturais pela Universidade de Buenos Aires (Argentina). Licenciado em Biologia e Licenciado em Filosofia pela mesma universidade. Professor e pesquisador adjunto do CONITEC (Argentina) na Área de Historia de la Ciencia y Filosofía de la Biología.

E-mail: guillefolguera@yahoo.com.ar

Javier Ladrón de Guevara Marzal

Graduado em Psicologia pela Universidad de Oriente (Cuba), Doutorando do Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPI (UFSC, Brasil), e do Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde - NESFHIS (UFSC, Brasil). E-mail: javierladronguevara@gmail.com

Marcia da Silva Mazon

Graduada em Psicologia pela USP (Brasil), doutora em Sociologia e Ciência Política pela UFSC (Brasil). Professora associada do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina. Escreveu vários artigos sobre o tema da indústria farmacêutica e consumo de psicotrópicos a luz da Sociologia dos Mercados.

E-mail: marciadasilvamazon@yahoo.com.br

María Fernanda Vásquez-Valencia

Possui graduação em Bacteriología y Laboratorio Clínico pela Universidad de Antioquia (Colômbia) e mestrado em História pela Universidad Nacional de Colombia (Medellín, Colômbia). Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Membro dos grupos de Pesquisa: Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde – NESFiS e Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPI, ambos da mesma universidade. Realizou o pós-doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC, Brasil) como bolsista PNPd-CApES. Tem experiência na área de História e nas Ciências da Saúde com ênfase em História das Ciências, da Saúde e da Medicina, atuando principalmente nos seguintes temas: doença, medicina, teorias médicas, história conceitual, história da psiquiatria, medicalização e psiquiatrização da infância, educação e saúde, pesquisa interdisciplinar, dentre outros.

E-mail: mfdavasquez@gmail.com

María José Beltrán

Mestre em Serviço Social (UFSC, Brasil). Doutoranda em Ciências Sociais na UDELAR. Professora Assistente do Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR. Pesquisadora do Sistema Nacional de Investigadores de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación – ANII (Uruguai).

E-mail: maria.beltran@cienciassociales.edu.uy.

Myriam Mitjavila

Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP, Brasil), com pós-doutorado na mesma instituição. Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil), com atuação nos programas de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociologia e Ciência Política. Publicou diversos trabalhos sobre temas vinculados à sociologia da saúde e das medicinas, risco, biopolítica e medicalização do crime. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições – NEPPi (UFSC, Brasil). Pesquisadora Associada Nível II do Sistema Nacional de Investigadores – SNI-ANNI (Uruguai).

E-mail: myriamremotoufsc@gmail.com

Sandra Caponi

Sandra Caponi: Doutora em Lógica e Filosofia da Ciência pela Universidade de Campinas (Unicamp, Brasil) e professora titular do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, Brasil). Tem publicado vários artigos sobre história e epistemologia da psiquiatria e medicalização da vida cotidiana. Publicou recentemente o livro *Uma Sala Tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença* (2019), pela editora LiberArs.

E-mail: sandracaponi@gmail.com