

La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930-1950)

A intervenção da psiquiatria no tratamento das crianças difíceis no Uruguai (1930-1950)

The intervention of psychiatry in the treatment of difficult children in the Uruguay (1930-1950)

María José Beltrán
ORCID ID: 0000-0001-5673-8184
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República, Uruguay

Autor referente: mjbeltranpigni@gmail.com

Historia Editorial
Recibido: 07/07/2018
Aceptado: 19/10/2018

RESUMEN

El artículo presenta y discute la intervención de la psiquiatría en el abordaje de los niños difíciles, entendidos como aquellos que mostraban conductas desviadas: eran inquietos, distraídos, apáticos o indisciplinados.

Preocupada por la infancia como futuro de la nación, la psiquiatría intentó detectar estos niños mediante la aplicación de test e implementar medidas correctivas para encauzarlos.

Estos acontecimientos se analizan a partir de la noción de medicalización, entendida como la expansión del saber médico a otros campos no médicos así como la definición de problemas como desviaciones. Este proceso se debió a la consolidación de la psiquiatría en el período y por una demanda sociopolítica para atender comportamientos que podrían atentar contra el progreso social.

Palabras clave: Psiquiatría; Medicalización; Infancia; Desviación

RESUMO

O artigo apresenta e discute a intervenção da psiquiatria na abordagem das crianças difíceis, sendo

aqueles que mostravam condutas desviadas tais como desassossego, apatia ou falta de disciplina.

Preocupada pela infância como futuro da nação, a psiquiatria tentou caracterizar essas crianças por meio do uso de testes e desenvolver medidas corretivas para canalizá-los.

Estes acontecimentos analisam-se a partir da noção de medicalização, entendida como a expansão do saber

médico a diversos campos não médicos bem como a definição de problemas como desvios. Este processo ocorreu pela consolidação da psiquiatria nesse período e por uma demanda sociopolítica de atender comportamentos que poderiam atentar contra o progresso social.

Palavras chave: Psiquiatria; Medicalização; Infância; Desvio

ABSTRACT

The article presents and discusses the intervention of psychiatry in the approach of difficult children, understood as those that showed deviant behaviors: they were restless, distracted, apathetic or undisciplined. Concerned about childhood as the future of the nation, psychiatry tried to detect these children through the application of tests and implement corrective measures to channel them.

These events will be analyzed from the notion of medicalization, understood as the expansion of medical knowledge to various non-medical fields as well as the definition of problems as deviations. This process was due to the consolidation of psychiatry in the period and a sociopolitical demand to address behaviors that could threaten social progress.

Keywords: Psychiatry; Medicalization; Childhood; Deviant

Introducción

En el artículo se aborda la intervención de la psiquiatría en los procesos de comprensión y regulación de conductas infantiles consideradas desviadas, en Uruguay, a partir de la tercera década del siglo XX. La expresión *niños difíciles* remite a un conjunto de comportamientos de aquellos niños que reunían las siguientes características: no lograban incorporar la disciplina ni en la escuela ni en el hogar, cuestionaban la autoridad familiar y la escolar, tenían dificultades de aprendizaje o distorsionaban el aprendizaje del resto y no lograban adaptarse a las pautas morales. Los comienzos de este proceso, pueden ser rastreados en sus formas incipientes desde comienzos del siglo XX (Duffau, 2016; Vomero, 2016) pero es a partir de la tercera década cuando se crean ciertas condiciones para que los dominios de la psiquiatría como especialidad comienzan a expandirse y esta pase a intervenir en

otros campos. Esta expansión, entendida bajo la noción de *medicalización*, respondió a una configuración socio-institucional de atención a la infancia, mediante la consolidación de una estructura institucional que le dio soporte (Ortega, 2008; Morás, 2012; Leopold, 2014). Por su parte, la psiquiatría, que se institucionaliza en la primera década del siglo XX (1907), encuentra un desarrollo incipiente en décadas posteriores, quedando manifiesto en publicaciones del área—tales la Revista de Psiquiatría del Uruguay o la Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal—donde se exponen los avances clínicos de la especialidad.

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 (Barrán, 1992, 1993) y la expansión del saber psiquiátrico (Duffau, 2016) confluyeron como factores explicativos de la intervención de la psiquiatría en el tratamiento de la infancia. En las páginas que siguen se expondrá el contexto socio-institucional que dio paso a la intervención de la psiquiatría para el diagnóstico y tratamiento de los niños difíciles, la etiología de este tipo de comportamientos y las medidas terapéuticas adoptadas.

La invención de la infancia

La década de 1930 estuvo marcada por una profunda crisis capitalista con repercusiones en América Latina. Uruguay no fue ajeno a ese proceso, en el que se evidenciaron las dificultades sociales y políticas propias de la crisis, las cuales llevaron al Golpe de Estado del Presidente electo Gabriel Terra en 1933. El periodo estuvo signado por un declive o enlentecimiento de las reformas sociales propias del Estado batllista, reorientadas hacia una dimensión tecnocrática y conservadora (Caetano y Rilla, 1996). El Estado continuó siendo regulador en la economía, en la medida en que

“hubo un ajuste en las políticas públicas aunque el dirigismo económico continuó estando presente”, con la creación de “un sustrato institucional denso en materias de políticas sociales” (Ortega, 2008, pp. 52-53). La crisis económica y social propició un aumento e intensidad de los discursos sobre la peligrosidad, principalmente asociados a la idea de los menores como potenciales delincuentes. Aquellos niños abandonados por sus padres fueron foco de un conjunto de intervenciones orientadas por la doble función de proteger y prevenir, buscando proteger a la niñez abandonada con el objetivo de prevenir los daños sociales que esta podría causar. 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).

Conforme apunta Morás (2012, p. 67), los esfuerzos del Estado estaban centrados en solucionar los problemas de la clase social “en riesgo”, ejercer control sobre sus actividades, garantizar la reproducción biológica-social de la población así como ahorrar recursos financieros: “Es posible afirmar que la corriente hegemónica en este periodo adoptará como modelo la protección autoritaria, enfatizando el rol de los recursos orientados a un mejor control” (Morás, 2012, p.73). Por su parte, la concepción higienista reinante hacia comienzos del siglo XX y que perduró en décadas posteriores, atribuyó al ambiente físico y la condición social de los sujetos ser el marco en el cual se creaban los peligros sociales, que integraban las enfermedades de la época, así como del establecimiento de determinadas pautas de conductas basadas en la moralidad imperante (Barrán, 1993; Ortega, 2008).

En relación al tratamiento de la infancia, el elemento más significativo refiere 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. Se destaca que la Comisión honoraria designada por el Poder Ejecutivo para la formulación del Código estuvo integrada por un grupo de intelectuales, con importante presencia de médicos y juristas (Ortega, 2008). 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. Asimismo, se colocaron en la infancia las esperanzas del futuro de la nación y la raza, proceso resignificado por las corrientes que propugnaban la reducción de la cantidad de hijos en pro de una mejora en la calidad de la prole (Sapriza, 2001). 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)

Por su parte y como ya fuera mencionado, la niñez abandonada se constituirá como un problema del periodo, en la medida en que cierta infancia habitaba el espacio público o eran abandonados 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. Las acciones de vigilancia emprendidas hacia la niñez y la adolescencia asignadas al espacio familiar y apoyadas por sacerdotes, maestros y médicos, determinaron el abordaje de estas como una etapa de transición al mundo adulto en la cual fue necesario instalar los hábitos y costumbres de la modernidad asociadas a la cultura del trabajo, el respeto a la autoridad, el control del cuerpo y de las pasiones (Barrán, 1996).

Por su parte, la distinción entre *niñez* y *minoridad* abrió paso a un conjunto de intervenciones para encauzar una serie de conductas principalmente dirigidas a esta última población, focalizada en los hijos de familias de la clase obrera empobrecida (Leopold, 2014). 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. Entre esas profesiones, encontramos a la psiquiatría.

Familia, moralidad y peligrosidad

Tal como apunta Leopold (2014), 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. La familia será considerada como unidad de crianza básica y primaria de los niños y sometida a mecanismos de inspección y vigilancia institucional. 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), 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” (p.76). Acoplado 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 creación de 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, fue sometida a diversos estudios de índole psicosocial, a efectos de establecer responsabilidades en las conductas de sus hijos, así como también fueron objeto de médicos, psicólogos y visitadoras sociales, quienes la dotaron de elementos para la crianza de sus hijos. Respecto del Estado, este se presenta como responsable del problema en dos sentidos contrapuestos: colocando énfasis en la falta de autoridad como causa del problema o como una impotencia del Estado, por 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.

Proceso de medicalización de la infancia

Los procesos de medicalización pueden ser entendidos como la extensión de los dominios de la medicina hacia otros campos no médicos, dotándolos de nuevos sentidos e implicancias una vez que son atravesados por éste. Para Conrad (1992) la medicalización describe un proceso por medio del cual problemas no médicos son definidos y tratados como problemas médicos, usualmente en términos de enfermedades o desórdenes. Se entiende que el saber médico se ubica en espacios neurálgicos de conexión entre los distintos campos que regulan la vida social, articulando esferas de significados y prácticas que trascienden ampliamente su campo de saber. Los procesos de medicalización pueden ser estudiados como parte de

estrategias biopolíticas que organizan la vida en sociedad de las que forman parte mecanismos de normalización que intervienen sobre los cuerpos y sobre las poblaciones (Foucault 1987; 2006). Los dispositivos vinculados a la biopolítica, desde la perspectiva foucaultiana, remiten a mecanismos de poder por medio de los cuales se gestiona la población entendida como un todo, tratándose de “un poder destinado a producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas más que a obstaculizarlas, doblegarlas o destruirlas” (Foucault, 1987, p.165). Se podría afirmar que desde comienzos del siglo XX en Uruguay, la psiquiatría formó parte de un dispositivo destinado a administrar un conjunto de conductas consideradas desviadas o anormales, consideradas peligrosas para el orden social. La alienación no constituyó su primer objeto, sino que desde fines del siglo XX, la medicina se encargó de intervenir para el control de sucesos tales como la vagancia o la mendicidad, estableciendo categorías diagnósticas, formas de derivación y tratamiento de esas poblaciones. Vomero (2016) destaca que desde el surgimiento de la psiquiatría como especialidad, aun en sus formas incipientes, esta llevó su influencia más allá del asilo, estableciendo una triple función: a) la pericial, interviniendo en el terreno penal, en la evaluación de crímenes, estableciendo responsabilidades, causas y categorizaciones; b) como consejeros pedagógicos, a través de un fuerte nexo con el sistema educativo, las escuelas y maestros en particular. Su función en este espacio fue la de categorizar habilidades y capacidades de los niños, identificar tempranamente conductas peligrosas o consideradas anormales; y c) de la mano de su función precedente, ser consejeros familiares, estableciendo desde el ámbito privado del hogar pautas de crianza, convivencia y moralidad dirigidas a los padres. Estas áreas y espacios de influencia así como el tratamiento de la alienación en el espacio asilar, se combinaron y confluyeron en diversos dispositivos de gran alcance social. Otro 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 los padres, con una injerencia en especial en el ámbito de la vida privada. Conforme apunta Vásquez Valencia (2016, p.87), el movimiento de higiene mental nace como “un movimiento progresista y ecléctico que asume una enfoque psicológico de la etiología de las enfermedades mentales” concentrándose en el problema de personalidad del sujeto. El estudio de la personalidad admitirá una clasificación en base a agrupaciones de criterios, como lo es por ejemplo, la personalidad psicopática. En este sentido, la enfermedad mental deja de ser una enfermedad orgánica “pasando a ser un desorden de la personalidad, que presenta síntomas orgánicos y que puede ser hasta cierto punto, hereditaria” (Vásquez Valencia, 2016, p.87). Los problemas de adaptación o inadaptabilidad se colocan como centro de atención en la medida en que interactúan elementos de la personalidad en relación con el medio, siendo el sujeto quien debe adaptarse al segundo y no a la inversa. Vale la pena citar, a modo de ejemplo, la creación de *Ligas* por medio de las cuales la medicina expresó, planificó y ejecutó gran parte de acciones higiénicas al respecto. Un ejemplo de ello fue la Liga Uruguaya de Higiene mental. Este fue un proyecto que psiquiatras de la clínica enviaron a la Sociedad de Psiquiatría para su consideración en abril de 1932. En dicho proyecto definen la higiene mental como “el arte de conservar y perfeccionar la salud mental”. Entienden al hombre como un sujeto que modela su espíritu por “agentes exteriores, la acción del ambiente físico y moral que puede corregir o agravar la disposición psicopática”, por tanto hay que estudiar al hombre “no como un órgano funcionando en el vacío, sino viviendo en sociedad”. La propuesta convoca a otras profesiones a intervenir en un campo complejo, destacando que “la sociología, la psicología, la moral, son los pilares donde asienta la higiene mental de la colectividad” (Liga Uruguaya de Higiene Mental [LUHM], 1932, p.3). Asimismo afirman que “Para

alcanzar este inmenso ideal de la vida mental higiénica, social e individual, es necesario establecer científicamente los principios de la higiene psíquica y luego divulgarlos y conseguir que ellos presidan la vida de todos los humanos” (LUHM, 1932, p.4). La creación de la Liga iría a cumplir justamente dicho objetivo, congregando:

a los sabios y a los divulgadores. Biologicistas, psicólogos, educacionistas, políticos, sociólogos, médicos [bajo la aspiración final que] llegará quizás algún día, en el cual la nueva religión de la salud del espíritu, tenga entre nosotros su dogma y sus ritos, sus maestros, sus apóstoles y sus devotos. (LUHM, 1932, p. 4)

La psiquiatría nacional: características y modelos etiológicos

Entre autores que estudian el nacimiento de la psiquiatría en Uruguay (Mañé Garzón, 1996; Duffau, 2016; Bielli, 2012) hay coincidencia en afirmar que la especialidad se configuró con una perspectiva ecléctica, que reunió perspectivas biologicistas con otras vinculadas a la psiquiatría francesa, la teoría de la degeneración y el psicoanálisis incipiente de comienzo de siglo. El cuerpo médico se formó en la especialidad en las principales universidades de Europa (principalmente en la Universidad de París y en menor medida en Universidades de Alemania e Italia) donde realizaban sus residencias formativas en el exterior. Los primeros médicos que desarrollaron la clínica en nuestro país, establecieron relaciones particulares con el saber científico europeo y lo adaptaron a nuestro medio mediante un particularismo que le dio cuerpo. Asimismo, a partir de la segunda década del siglo XX, 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.

Medicalización de la infancia en Uruguay

Tal como apunta Vomero (2016) la psiquiatría, ya desde las primeras décadas del siglo XX 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. Una de las primeras formas identificadas por el autor y que estaría dando cuenta de esa preocupación es la del sujeto con problemas o dificultades de orden intelectual, las cuales fueron definidas 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, 2014)

Identifica además, que la noción de *debilidad* permitió la generalización del saber psiquiátrico principalmente hacia la infancia, pues era allí donde se manifestaban los primeros signos de anormalidad y se admitían niveles de intervención para encauzarla, tanto en el sujeto como en el ambiente familiar. El psiquiatra se convirtió en observador de la moral y las costumbres en la vida familiar, quien debía establecer pautas de comportamiento y de higiene física y mental. La teoría de la degeneración contribuyó, en términos explicativos, a asociar determinados efectos con elementos tales como el alcoholismo de los padres, los vicios y malas costumbres de la clase trabajadora. Este proceso, también observado en otros contextos, explica la concurrencia de la medicina en la búsqueda de signos y síntomas que preanuncian efectos indeseados tales como la locura o el crimen (Ortega y Beltrán, 2017; Ferro, 2010).

Para Vomero (2014), 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, mencionado en párrafos anteriores, refiere a aquellos

niños con problemas de aprendizaje, asociados estos a la debilidad mental. El segundo grupo reúne 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 del resto. Hacia este grupo nos referiremos en los párrafos que siguen.

Formas de detección en la infancia desviada

Como fuera expresado en páginas precedentes, la higiene mental se concentraba en la detección de rasgos patológicos en todas las etapas de la vida, principalmente en la infancia y la adolescencia, en la medida en que permite 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. En la Revista de Psiquiatría del Uruguay, Antonio Sicco (1947) –un renombrado médico y profesor especializado en psiquiatría y neurología– expresa que la conducta es “la manera o el modo de conducirse o comportarse. Es la manera de proceder frente a los demás”, a lo que agrega que “Este modo especial de conducirse crea una forma especial de conducta” (p.4). La conducta, entonces, 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” (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 estaría 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” (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”. 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” (pp. 6-7).

Respecto de la conducta infantil, el médico de la clínica psiquiátrica Fortunato Ramirez (1949), reconoce que hay variaciones dentro de un rango que considera normal y que son variables según el contexto. Para poder detectar estas variaciones y establecer cuáles son normales y cuáles no, planteó la necesidad de un estudio integral de la conducta infantil” realizando “un inventario todo lo más completo posible de los mismos desórdenes” (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.

Ventura Darder (1927) –psiquiatra y profesor de la clínica– a pedido de una Escuela de Educación profesional, sugiere la realización de una ficha médica, a efectos de registrar antecedentes del niño relacionados a su estado físico pero también sugiere la realización de una ficha psicológica. La ficha médica, -que fuera expuesta en la Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal-, estaría integrada por tres componentes: la ficha neurológica, la somática y la psicológica. La primera estaría compuesta 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” (1927, 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 educar y cuidar a los niños. 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*” (p.47). Finalmente, la ficha psicológica debía ser elaborada con el fin de evaluar la capacidad intelectual del niño “para indicarle una ruta a seguir cuando abandone la escuela”. Este instrumento, según el especialista, será una forma de homogeneizar para guiar, estando “Convencido de que este modo disminuirá el número de los fracasados por inadaptación” (p. 48). La ficha psicológica debe incluir: 1) el examen de inteligencia, que será evaluado a través de diversos test; 2) La segunda dimensión a evaluar del niño refiere a evaluar su capacidad de adaptación social y el tercer componente debe incluir el examen afectivo del niño. Lo afectivo, según el autor, se configura como “el conjunto de las inclinaciones, de los apetitos de las necesidades”. 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” (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”. Del estudio de estas tendencias, podría emerger una clasificación de los *tipos principales*: 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 [...] niños llamados nerviosos por los padres e indisciplinados por los maestros” (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” (p.121). En la pubertad la

adaptación al medio es compleja y en general, afirma el médico, nunca triunfan ampliamente en oficios o carreras prácticas.

Los paranoicos se caracterizan por ser “pedantes, orgullosos, pero siendo su orgullo netamente patológico [...] y su personalidad debe ser considerada como mórbida [...] En otros predomina la desconfianza y son celosos”. En su juventud, en general se consideran incomprendidos o perjudicados y no lo logran sostener una estabilidad laboral. Por su parte, los catalogados como *emotivos*, “se nos presentan como tímidos, impresionables, sensitivos, emotivos al extremo”. Los siguientes tipos, los mitómanos y perversos, son los tipos más asociados a la peligrosidad, destacados por su inefectividad, 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” (pp. 122-123).

Por su parte, el doctor Carrere (1927), preocupado especialmente por la delincuencia infantil y las formas de detectar la peligrosidad, publica sus consideraciones respecto de esta cuestión en la Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal. Considera que el diagnóstico de estos menores debía incluir el estudio de antecedentes familiares desde padres, hermanos y hasta primos con el objetivo de detectar “todo lo que haya de hereditario y degenerativo”. El estudio de estos antecedentes incluye saber si hubo en el hogar “alcoholismo, sífilis, enfermos mentales, epilepsia, prostitutas, suicidas, etc. Asimismo, “será investigado lo mismo que el ambiente económico del hogar, el ambiente de afectos en que ha vivido y su moralidad”. Se realizará un estudio pormenorizado de su psiquismo, lo que incluye el estudio de “su carácter, su grado de inteligencia, sus gustos, sus sentimientos afectuosos, sus instintos [...] sus facultades ideativas y perceptivas, el estudio de sus impulsiones, de

su actividad y sociabilidad, de su conciencia y personalidad, de su afectividad” (pp. 36-37).

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 presenta como el espacio privilegiado para establecer las medidas correctivas para este tipo de niños, para volverlo dócil e inculcarle la adaptación a mecanismos de regulación. Hacia 1946 comienza a funcionar la Clínica de la Conducta, dependiente del Servicio de Sanidad Escolar. Las funciones de esta Clínica fueron expuestas en la Revista de Psiquiatría del Uruguay en 1946. Este servicio se encargó de atender “niños escolares que presentan como síntomas aparentes, trastornos de la conducta, irregularidades del carácter, desadaptación o falta de orientación”. El objetivo de la Clínica fue conocer en profundidad a cada niño, tanto en sus aspectos físicos como psíquicos, con la meta de actuar para “lograr una perfecta adaptación” (p.13). Chans Caviglia (1946), un médico que se desempeñó en ella y que suscribe el informe que referenciamos, plantea que de los niños atendidos, la mayoría de las consultas se realizan por turbulencia escolar, agresividad hacia otros niños y falta de atención. También se destacan las consultas por desinterés escolar, rabonas, hurto en la escuela y fabulación. Las medidas adoptadas van “sobre el niño y la familia” y se realiza una “intensa orientación y educación familiar” para que los padres sepan “guiarse a sí mismos y guiar a los hijos”. La asistencia realizada en la clínica incluyó mayoritariamente “la orientación educativa,

social y psicológica, las medidas psicoterápicas, higiénicas, dietéticas y médicas” (pp. 14-16).

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. En la Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal referenciada en forma precedente, el doctor Carrere (1927) refiere la existencia de dos grupos de niños en este tipo de instituciones: los que “son sanos mentales y los que son enfermos de su sistema nervioso, con fallas morales características de la hiper o hipostenia mental”. Los sanos mentales no abundan en estos establecimientos, sino todo lo contrario, está poblado de “menores insoportables por su agitación, los indisciplinados de todo tiempo y aquellos que por sus hábitos de haraganería y por su inercia mental y moral, no se interesan por nada, perdidos en la luna de sus sueños”. Considera que es el psiquiatra quien debe detectarlos y establecer las medidas necesarias para encauzar su conducta. Posterior al ingreso al establecimiento, deberían pasar por un régimen de observación, en donde “se estudiaría sus inclinaciones, sus gustos, la modalidades de su psiquismo y su vocación al trabajo”. 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” (1927, p.36). El médico previó un seguimiento personalizado de cada uno de los menores y en función de las características personales y la conducta que presenten se determinarían las medidas a adoptar en cada caso.

Consideraciones finales

En este documento se ha expuesto, en forma sintética, las condiciones que coadyuvaron a la intervención de la psiquiatría en el tratamiento de la infancia desviada, destacando, por un lado, las causas que la especialidad atribuyó a ese tipo

de conductas, las formas de detección de ellas y por otro, las principales medidas adoptadas al respecto. En relación al primer punto, se puede afirmar que el contexto social contribuyó a que la infancia fuera objeto de diversas intervenciones, tanto las asociadas a la protección como las que buscaron controlar a los niños que presentaban conductas desviadas, asociadas 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, fichas o cuestionarios que buscaban conductas desviadas o anormales con parámetros preestablecidos. La psiquiatría en ese periodo se presentaba como una disciplina plural y ecléctica, y apeló al saber psicológico para establecer dichos parámetros. En ese sentido, el estudio de la conducta y personalidad del sujeto, sus tendencias e inclinaciones, fue una de las piezas claves por medio de la cual 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 dirigidas al espacio familiar (a través de psicólogas y visitadoras sociales) encargadas de dotar de pautas de crianza a los padres.

Referencias

- Barrán, J.P. (1996). El adolescente, ¿una creación de la modernidad?. En J.P. Barrán; G. Caetano y T. Porzecanski (comp.). *Historias de la vida privada en el Uruguay. EL nacimiento de la intimidad 1870 – 1920*. Montevideo: Taurus.
- Barrán, J.P. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Banda Oriental.

- Barrán, J.P. (1992). El manicomio y la razón médica en el novecientos. *Gaceta Universitaria*, 6(1), 71-77.
- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950 - 2000). Transformaciones de los saberes psicológicos*. Montevideo: CSIC, Biblioteca plural, UdelaR.
- Caetano, G. y Rilla, J. (1996). *Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al Mercosur*. Montevideo: Fin de siglo.
- Carrere, J. (1927). Los médicos psiquiatras y la delincuencia infantil. *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 1(2).
- Chans Caviglia, J.C. (1946). Funciones de la clínica de la conducta. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*, 11(63), 13-24.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review Sociology*, (8), 209-232.
- Darder, V. (1927). Ficha médico-psicológica de los alumnos de la Colonia. *Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 1(2).
- Duffau, N. (2016). *Alienados, médicos y representaciones de la "locura": saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1911)* (Tesis de doctorado). Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ferro, G. (2010). *Degenerados, anormales y delincuentes. Gestos entre ciencia, política y representaciones en el caso argentino*. Buenos Aires: Marea.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977- 1978)*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad. Vol.1 La voluntad de saber*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Leopold, S. (2014). *Los laberintos de la infancia. Discursos, representaciones y crítica*. Montevideo: CSIC.

- Liga Uruguaya de Higiene Mental [LUHM]. (1932). *Bases para la creación y organización de la Liga de Higiene Mental del Uruguay*. Montevideo: [LUHM].
- Mañé Garzón, F. (1996). *Historia de la ciencia en el Uruguay*. Montevideo, Universidad de la República.
- Morás, L.E. (2012). *Los hijos del Estado. Fundación y crisis del modelo de protección - control de menores en Uruguay*. Montevideo: SERPAJ.
- Ortega, E. y Beltrán, M.J. (2017). La teoría de la degeneración como factor etiológico del comportamiento criminal en Uruguay a comienzos del siglo XX. *Revista Teoría y Cultura*, 11(3), 29-39.
- Ortega, E. (2008). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo: Trilce.
- Ramirez, F. (1949). Anomalías de la conducta infantil. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*, 4(80).
- Sapriza, G. (2001). *La utopía eugenista: raza, sexo y género en las políticas de población en Uruguay (1920-1945)* (Tesis de maestría). Montevideo: FHCE, UdelaR.
- Sicco, A. (1947). La conducta. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*, 13(68).
- Vásquez Valencia, F (2016). A personalidade doente: higiene mental e medicalização da infância. En S. Caponi y F. Vásquez Valencia. *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância*. São Paulo: LiberArs, 85-102.
- Vomero, F. (2014) La psiquiatrización de la infancia en el Uruguay. Parte I: Bernardo Etchepare y el nacimiento de los débiles mentales. Montevideo: Articulando. *Articulando*. Recuperado de <http://articulando.com.uy/la-psiquiatrizacion-de-la-infancia-parte-i>
- Vomero, F. (2016). Qué significa clasificar en psiquiatría?. Montevideo: Articulando. *Articulando*. Recuperado de www.articulando.com.uy/clasificar-psiquiatria

Formato de citación

Beltrán, M.J. (2018). La intervención de la psiquiatría en el tratamiento de los niños difíciles en Uruguay (1930-1950). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 29-49.
doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v8.n2.3>
