

Tempo & Argumento

e-issn 2175-1803

Los estudios médico-legales y las enfermedades mentales en Colombia, 1930-1950


Maria Fernanda Vásquez

Doctora en Ciencias Humanas por la Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
Professora de cátedra en la Universidad de Medellín.

Medellín - COLOMBIA

scienti.minciencias.gov.co/cvlac

mfdavasquez@gmail.com

 orcid.org/0000-0001-5165-5646

Para citar este artículo (ABNT):

VÁSQUEZ, Maria Fernanda. Los estudios médico-legales y las enfermedades mentales en Colombia, 1930-1950. *Tempo e Argumento*, Florianópolis, v. 13, n. 33, e0116, maio/ago. 2021.

 <http://dx.doi.org/10.5965/2175180313332021e0116>

Recebido: 12/02/2021

Aprovado: 18/05/2021



Los estudios médico-legales y las enfermedades mentales en Colombia, 1930-1950

Resumen

Son todavía escasos los estudios que en Colombia se han interesado por las relaciones históricas entre el saber médico-legal y el saber médico mental. Los estudios médico-legales relativos a las exposiciones periciales psiquiátricas constituyen una buena fuente de información para analizar dichas relaciones. El discurso sobre las enfermedades mentales dentro del campo jurídico y el proceso de medicalización de la justicia permite analizar el papel desempeñado por los peritos psiquiatras en la definición de los criminales categorizados como enajenados. Del mismo modo, esos mismos estudios, permiten analizar la funcionalidad de los exámenes somáticos y psicológicos para definir el estado de enajenación y el modo de tratamiento que debían seguir este tipo de acusados. Usando los estudios médico-legales del médico legista Julio Ortiz Velásquez publicados en 1953, este artículo analiza algunos de los discursos de la psiquiatría forense en la primera mitad del siglo XX en Colombia.

Palabras clave: Estudios médico-legales; Enfermedad mental; Peritaje psiquiátrico; Colombia.

Medical-legal studies and mental illnesses in Colombia, 1930-1950

Abstract

Few studies in Colombia have been interested in historical relations between legal medicine and psychiatry/mental medicine. The medico legal studies concerning psychiatric expert exhibitions constitute a good source of information to analyze these relationships. The discourse about mental illness in the legal field and the medicalization of justice allows us to analyze the role of psychiatric experts, and the definition of criminals categorized as alienated. Additionally, these same studies allow us to analyze the functionality of somatic and psychological examinations to define the state of alienation and the mode of treatment of these criminals. Using the medical-legal studies of the coroner Julio Ortiz Velásquez published in 1953, this article analyzes the forensic psychiatric discourses in the first half of the twentieth century in Colombia.

Keywords: Medical-legal study; Mental illness; Psychiatric expertise; Colombia.

Introducción

El estudio de la relación entre enfermedad mental y criminalidad ha sido abordado desde diversas perspectivas historiográficas. Algunas muestran la influencia de la psiquiatría como disciplina médica en la patologización del crimen y el papel desempeñado por los alienistas como expertos capaces de diagnosticar la locura (CAMPOS MARÍN, 2007; HUERTAS, 2006). Otras se concentran en mostrar las condiciones de posibilidad epistemológicas para la creación de una psiquiatría ampliada que sale de su contexto de intervención inmediato: el asilo, para dedicarse a la gestión integral del espacio social, y de ese modo establece también una vinculación relevante con el sistema jurídico y penitenciario (CAPONI, 2009; REBELO; CAPONI, 2007). El interés por examinar la medicalización del crimen y especialmente la peligrosidad criminal en las sociedades contemporáneas, también ha sido objeto de interés de investigadores que indagan sobre la conversión del crimen en objeto del saber médico y su papel dentro de la justicia criminal (MITJAVILA; MATHES, 2016; MITJAVILA; VÁSQUEZ, 2018).

En general, en el contexto latinoamericano las investigaciones evidencian la transversalidad de esta cuestión sobre temas vinculados con la apropiación y divulgación de la teoría de la degeneración (SÁNCHEZ, 2014; URÍAS, 2004; VÁSQUEZ, 2018b) y los postulados de la Escuela Positivista Italiana (FERLA, 2009; RIVA, 2010), su relación con algunas enfermedades sociales como el alcoholismo (ROJAS, 2019; SALAZAR, 2017; VÁSQUEZ, 2018a), la marginalización o estigmatización de algunos grupos o personas, como las prostitutas (ALLEVI, 2019; VICENCIO, 2014), así como el uso de los peritajes médicos como dispositivo de legitimación e intervención psiquiátrica (BARRIOS; MÁRQUEZ, 2019; MITJAVILA; MATHES, 2012).

En Colombia si bien el estudio de la locura y las enfermedades mentales ha cobrado mayor interés dentro de la historiografía en las dos últimas décadas, aún continúan siendo escasas las investigaciones orientadas a la apropiación y divulgación del saber médico legal y su relación con el conocimiento alienista en el siglo XX. (BARRIOS; MÁRQUEZ, 2019; DEL VALLE, 2010a, 2010b; ESCOBAR, 2002; GUTIÉRREZ, 2019; MARTÍNEZ; OTÁLORA, 2007)

Este artículo presenta una aproximación a la relación entre medicina legal y medicina mental en Colombia durante la primera mitad del siglo XX. Para ello fueron usados los estudios médico-legales del médico legista Julio Ortiz Velásquez con el propósito de analizar tres cuestiones: en primer lugar, el problema de la responsabilidad penal de los criminales etiquetados como enfermos mentales; segundo, el papel desempeñado por las pruebas y exámenes practicados a este tipo de criminales y, por último, la manera cómo se llegaba hasta el diagnóstico y clasificación de estos delincuentes. Para responder a estas cuestiones será preciso indagar brevemente sobre la manera en que el discurso de las enfermedades mentales ingresa dentro del campo de la medicina legal y a su vez, comprender el lento proceso de medicalización de la justicia que opera durante ese periodo y que se configura en una de las mayores estrategias de expansión y legitimación del poder psiquiátrico para la defensa y control de la sociedad.

Medicina legal y enfermedad mental en Colombia

En 1953 con el nombre de *Estudios médico-legales y criminológicos*, el médico legista Julio Ortiz Velásquez, publica una obra de tres volúmenes que reúne todos sus estudios en el área de medicina legal y criminología realizados a partir de los años 30 del siglo XX. Aunque esos estudios abarcan en su totalidad todos los temas de interés de la medicina legal del momento, esto es, heridas, identificación de cadáveres, asfixias y ahogamientos, envenenamientos, entre otros, la mayor parte están dedicados principalmente a los peritajes psiquiátricos en los que Ortiz era considerado un especialista (ORTIZ, 1953b).

Ortiz fue el director de la Oficina de Medicina Legal de Antioquia desde los años veinte hasta los años cincuenta del siglo XX (ORTIZ, 1935), cargo que le permitió actuar como perito en innumerables casos judiciales. Sus informes como médico encargado evidencian la alta y diversa demanda de servicios solicitados a esa oficina, pues debía atender los casos provenientes de la capital (Medellín) y también de los tribunales de toda Antioquia.

En Colombia, la ley 53 de 1914 crea el Servicio Nacional de Medicina Legal, adscrito al Ministerio de Gobierno, que establece las oficinas de medicina legal en todas las capitales de los departamentos y una oficina central en la capital del país (Bogotá)¹. Con esa ley se buscaba la homogenización de las prácticas y se definía a los médicos con diploma como los únicos profesionales legitimados para ejercer las funciones de peritaje. A partir del establecimiento de esta ley el médico legista debía cumplir con dos requisitos básicos: poseer diploma de médico cirujano, y tener un certificado de aprobación de las disciplinas de química general, toxicología, legislación criminal y psiquiatría, que eran administradas como un diplomado por las facultades oficiales de medicina del país². Sobre esa última disciplina el médico legista estaba encargado de realizar el examen del enajenado desde el punto de vista médico-forense, es decir, la evaluación de los antecedentes hereditarios y un examen somático que incluía los estigmas físicos de degeneración (URIBE, L., 1929)³.

Entre sus funciones, las oficinas de medicina legal, además de atender todos los asuntos relacionados con heridas, incapacidades, envenenamientos y reconocimiento de cadáveres, etc., realizaba los exámenes psiquiátricos de los individuos que se encontraban sindicados por algún delito, o de los que se precisaba conocer su estado mental, como en el caso de las interdicciones. La función del perito de la oficina era realizar exámenes a todos aquellos que por presentar algún tipo de perturbación mental debiesen ser recluidos en el asilo. Los exámenes buscaban comprobar signos delirantes o antecedentes hereditarios que justificaran el aislamiento y la observación (URIBE CUALLA, 1934).

¹ Ley 53 de 1914 (octubre 29) por la cual se organiza el Servicio de Medicina Legal.

² El Estado se encargaba de regular esos cursos determinando el tiempo en el que podían realizarse. Los participantes recibían el diploma de médicos legistas, título expedido por el Instituto de Medicina Legal y el Ministerio de Justicia.

³ Desde finales del siglo XIX los planes de estudio de medicina y derecho ya contenían cátedras de medicina legal en las que se dedicaba una parte especial a las enfermedades mentales. Básicamente durante ese periodo, el libro *Prontuario de medicina legal y jurisprudencia médica* (1891) del médico Leoncio Barreto fue el que sirvió de manual o de texto guía. A partir de 1908 el *Tratado práctico de medicina legal* de Carlos Putnam sirvió de referencia para el estudio de la psiquiatría forense. Y, desde la primera publicación, en 1934, del libro *Medicina legal y psiquiatría forense* de Guillermo Uribe Cualla, los estudios médico-legales estuvieron orientados por esta obra, que contó con 11 ediciones hasta 1981. En cuanto a las cátedras de *patología mental o clínica de enfermedades mentales* fueron incluidas dentro de los planes de estudio de las facultades de medicina a partir de 1913 (con algunas diferencias entre las principales ciudades), como parte de las recomendaciones y conclusiones del Segundo Congreso Médico de ese mismo año. (URIBE, J., 1913).

Pese a que la práctica médico-legal se ejercía en Colombia desde las últimas décadas del siglo XIX (URIBE CUALLA, 1934, p. 10)⁴ era precaria, desorganizada y, la mayoría de las veces, realizada por personas sin estudios médicos. Esto último, ocurría básicamente por tres razones: 1. El ejercicio de las profesiones médicas y aún la profesión de abogado, no estaban regulados legalmente⁵. 2. Algunos legos, personas sin diploma pero con experiencia, gozaban de gran reconocimiento entre médicos titulados y funcionarios públicos judiciales, por lo que eran llamados para realizar peritajes (DEL VALLE, 2010b) y, 3. La mayor parte de los municipios del país, con excepción de las capitales, no contaban con médicos oficiales⁶. Estas razones pueden explicar porque es común encontrar personas sin diploma ejerciendo de peritos en casos criminales antes de la ley de 1914.

Después de la ley, los servicios médico-legales se formalizan y se intentan organizar, por lo menos en su aspecto administrativo. Las oficinas funcionaban con dos médicos (excepto la Oficina Central de Bogotá), uno de ellos ejercía de director y el otro cumplía funciones de médico adjunto. Estos cargos eran designados por concurso público o directamente indicados por el gobernador. El presupuesto era precario, los salarios de los servidores públicos insignificantes y la demanda bastante alta (URIBE, L., 1940, p. 1).

Frecuentemente los servicios de los médicos legistas eran requeridos en los casos penales o civiles en los que los hechos precisaban de esclarecimientos especiales. Lo que se aprecia es que la medicalización de la justicia implicó la incorporación cada vez mayor de procedimientos científico-técnicos, usados como pruebas en la resolución de los procesos judiciales (DEL VALLE, 2010b) y al mismo tiempo, una psicopatologización del delincuente, hizo posible que el peritaje psiquiátrico comenzara a realizarse aún en los casos en los que no se

⁴ En 1887 se crea la Comisión Permanente de Medicina Legal y Toxicología; en 1891 se funda la Oficina Médico-legal de Cundinamarca y en 1897 el decreto n. 188 reglamenta los procedimientos criminales.

⁵ La ley que regula el ejercicio legal de las profesiones médicas es la ley 83 de 1914. Y la profesión de abogado es regulada por la ley 62 de 1928.

⁶ El historiador Jorge Márquez localiza la emergencia de la medicina rural, por lo menos para el caso antioqueño, entre 1913 y 1914, momento en el que se crearon los cargos de *médicos de zona* o médicos oficiales municipales, como parte de la reforma sanitaria de esos años, que procuraba el saneamiento de grandes zonas de importancia económica que estaban descuidadas tanto médica como administrativamente. (MÁRQUEZ, 2013)

sospechaba de enfermedad mental. Como recuerda Robert Castel (2009, p. 117) el saber médico desempeñaba una función de arbitraje heredada en parte por el papel tradicional que ejercían los médicos en términos sociales, función que algunas veces compartían con el poder eclesiástico. Sin embargo, una vez que el saber médico es institucionalizado y adquiere su carácter científico racional, esta función se generaliza.

Del mismo modo, la apropiación de los postulados de la Escuela Positiva Italiana en el estudio de los delincuentes introduce el método científico como forma de explicación de la peligrosidad. Esa medicalización de la justicia permite entonces que el peritaje se convierta en una de las estrategias más importantes de racionalización de la sociedad en occidente. Así los médicos legistas fueron cada más requeridos para dar conceptos especializados y se convirtieron en una de las piezas claves para tomar las decisiones en el ámbito jurídico (CAMPOS MARÍN, 2007).

El perito era entonces invitado por medio de una solicitud realizada por el servidor judicial para hacer una exposición médico-legal, que consistía en un acta oficial escrita presentaba por orden de la autoridad judicial o administrativa solicitante y que era rendida bajo la gravedad de juramento. En el caso de Colombia, esta exposición estaba constituida por tres partes (RIVA, 2010): 1. El protocolo o preámbulo, que contenía las informaciones relacionadas con el nombre del perito, el servidor judicial que hacía la solicitud, la fecha y el objeto de la pericia; 2. La descripción o relación de los hechos. Esa descripción debía narrar los hechos en concordancia con las observaciones, los elementos y las circunstancias que podían llevar a esclarecer el objeto investigado, y a su vez, la narración debía permitir extraer una conclusión *verdadera, pertinente y suficiente*. Frecuentemente en esta parte, si era necesario, se realizaba una descripción de las técnicas y teorías que permitían apoyar los argumentos centrales de la exposición. Y, 3. Las conclusiones. Este ítem estaba conformado por dos partes: los *informativos*, que se refería a la solicitud por parte del perito de otro tipo de estudios o de pruebas complementarias, y, la *discusión*, que era de gran relevancia porque permitía confrontar las observaciones descritas para cada caso con los conocimientos del especialista y extraer una conclusión (URIBE, L., 1940, p. 2).

Los antecedentes y la discusión eran elementos frecuentes en las exposiciones médico-legales relativas a los estados mentales, en estas debían figurar los antecedentes personales y hereditarios del sujeto inculpatado. La discusión debía mostrar tanto los distintos signos clínicos como las interpretaciones científicas de los datos analizados en relación con esos signos (URIBE, L., 1940, p. 13).

En general, los médicos legistas eran especialistas en todos los temas relativos a su campo profesional, sin embargo, algunos se especializaban más en ciertos aspectos, esto ocurría por la experiencia que iban adquiriendo en los diversos casos en los que participaban. Algunos eran reconocidos en el ámbito jurídico por ser más expertos en procesos por envenenamientos o heridas, o como es el caso de Julio Ortiz Velásquez, en procesos en los que se debía dilucidar el estado mental de un criminal. Dicha experiencia resultaba trascendental a la hora de definir la peligrosidad de los enajenados, sobre todo porque entre los jueces y los servidores públicos judiciales no existía mucha claridad sobre este aspecto, pues hasta el mismo código penal era ineficaz cuando de criminales-locos se trataba.

La enajenación en el código penal

La definición jurídica de los enfermos mentales y su responsabilidad penal fue un tema muy debatido en Colombia durante las primeras décadas del siglo XX. Varios médicos, jueces y abogados se quejaban de la falta de leyes sólidas y de teorías que permitiesen definir el lugar que debían ocupar los enajenados que cometían crímenes, o los criminales en los que se *descubría* una enfermedad mental.

En 1913 el médico Gil J. Gil presentó ante el Segundo Congreso Médico Nacional su trabajo *Nuestro código penal y la responsabilidad de los criminales por enfermedad mental*. En este artículo, el médico señala los errores científicos y las deficiencias generadas por el art. 29 del código penal de 1890⁷ al respecto de la responsabilidad penal de los enajenados. Según Gil:

⁷ Art. 29: «Son excusables y no están, por consiguiente, sujetos a pena alguna: 1. El que se halle en

los problemas que de diario se presentan al médico sobre la mentalidad de un criminal; las pretensiones de los defensores que en todo caso perdido quieren ganar la libertad del reo, alegando que es víctima de perturbaciones mentales transitorias o duraderas; la perplejidad en que a menudo se encuentran los jueces, generalmente inteligentes y probos, pero poco versados en este tan importante como descuidado ramo de la Medicina Legal, y por último, la defensa de la sociedad, hacen imperioso que se dé un poco más de importancia al estudio del tema que me ocupa, y que se trabaje por ampliar y definir más claramente la interpretación que deba darse al artículo que sirve de epígrafe [se refiere al art. 29], cuya estrechez y vaguedad no están de acuerdo con las concepciones modernas de la sicopatía [sic]. (GIL, 1913, p. 52)

Uno de los mayores problemas según Gil, estaba en la ambigüedad que presentaban en el código los conceptos de demencia y locura, los cuales eran asumidos frecuentemente como sinónimos, y al mismo tiempo, la dicotomía que se establecía entre personas mentalmente sanas y enfermas. Gil señala el problema de esta dicotomía generada por la ley. Según él, no podía existir una línea que pudiese demarcar claramente quien estaba mentalmente sano o enfermo, pues de lo que se trataba era de la existencia de grados de transición y de mentalidades intermedias, por lo que podían existir personas más o menos dementes. Estas mismas personas, que bien podían categorizarse en estados patológicos diversos, no estaban contempladas en la ley. Este argumento precisaba ser tenido en cuenta a la hora de definir la responsabilidad penal de los criminales ya que, dependiendo del *tipo* de patología mental, la ley debía conferir responsabilidad limitada o inimputabilidad.

Dadas esas circunstancias especiales, los jueces se encontraban delante de un escenario que los obligaba, sin muchas otras posibilidades, a solicitar los servicios de un perito para la resolución de casos criminales en los que el estado mental del inculcado así lo requiriese.

En 1912, en una de las primeras tentativas de reforma del código penal, el jurista José Vicente Concha presenta un proyecto de ley ⁸ en el que censuraba

estado de verdadera demencia o locura al tiempo de cometer la acción, o privado involuntariamente del uso de razón». (RODRÍGUEZ, 1890, p. 4)

⁸ La reforma del Código Penal Colombiano de 1890 fue aprobada en 1936, entrando en vigencia desde el 1 de julio de 1938. Sin embargo, entre 1890 y 1936 fueron realizadas varias tentativas de reforma que funcionaron como antecedentes de la reforma final. En 1912 el abogado José

precisamente este aspecto y criticaba la falta de científicidad de las teorías en las que se apoyaban los médicos para definir el estado mental de los sujetos.

La exagerada extensión que se ha dado últimamente a las funciones de los peritos médicos, que sustituyen casi a los tribunales y jueces cuando se trata de decidir respecto de las dudas que surjan sobre la plenitud de la razón del acusado, contribuye no poco a complicar el problema, especialmente donde las teorías especulativas que no tienen sanción científica, se les da valor análogo al de los textos legales. [...] También con el fin de prevenir los errores en que es posible incurrir en tan difíciles cuestiones, se autoriza a los jueces para suspender el fallo definitivo cuando en los acusados se presentan manifestaciones de turbación de la razón más o menos graves, y para someterlos a un periodo de observación que permita decidir luego, con pleno conocimiento sobre sus condiciones mentales. Tratándose de delinquentes que sin estar en situación de responder de sus actos como de ordinario, constituyen un peligro para la sociedad, se provee a la manera de custodiarlos e impedirles que hagan daño, sin sujetarlos a la detención que tenga caracteres aflictivos. Estas medidas suponen la existencia de establecimientos especiales, manicomii criminali [sic], cuya creación debe procurarse, y que deben sustituirse, mientras que esa urgente necesidad social se satisfaga, con departamentos especiales de los manicomios comunes. (CONCHA, 1912, p. XVI)

Aun cuando el proyecto critique la función pericial en los casos de demencia y la denunciada extensión de esa función en el ámbito jurídico, la propuesta de Concha termina por legitimarla al reconocer, de un lado, la necesidad de medidas de seguridad en lugares especiales para este tipo de criminales y, por otro lado, es lógico pensar que esa “pausa” que debe darse el juez para tomar una decisión correcta, depende de la observación realizada por un médico.

En ese mismo año, 1912, uno de los médicos legistas más reconocidos del país, Carlos Enrique Putnam, presenta un informe ante la Academia de Medicina de Medellín debatiendo sobre la necesidad de modificar en el código penal y en otros códigos, como el civil, la noción de demencia. Según este médico, la noción de demencia es restricta y no contempla todas las formas de enajenación mental que pueden ocurrir en los sujetos.

Vicente Concha presentó un proyecto de ley para la reforma, pero este no fue aceptado. Ese proyecto fue retomado en 1923 y elegida una comisión para evaluar y proponer un nuevo proyecto de ley, que finalmente fue aceptado después de muchas otras evaluaciones y discusiones en 1936.

Siguiendo la misma línea argumentativa de Gil, pero siendo un poco más complaciente en lo que se refiere a la responsabilidad penal, Putnam afirma que todos los estados intermedios que van del sujeto normal al demente deben ser considerados, estudiados y aceptados en el código penal y por eso, propone que la palabra demencia sea cambiada por la palabra enajenación. Esa palabra, según Putnam, permitiría que fuesen contempladas las múltiples formas de enfermedad mental y no solamente la demencia. Pero lo que resulta interesante en su propuesta, es la manera como comienza a delinearse el problema de la peligrosidad por medio de la patologización de las conductas y de los antecedentes hereditarios de los sujetos. Para ilustrar esa idea, Putnam menciona el ejemplo de los niños que roban:

Vosotros conocéis la vida de los arrendatarios en nuestros campos: allí el niño apenas puede servir, es enviado por la madre a recoger en las propiedades ajenas la leña para cocinar en el rancho, y entra a ellas escondido para no ser descubierto o castigado; desde temprano aprende todas las astucias que en otros países tienen los avezados del crimen; ocioso y hambriento va a recoger lo que se ha quedado en el rastrojo vecino, y para darse el placer de sorprender a su madre, se lleva consigo los frutos que encuentra; pero todo esto ha de ser sin que lo puedan ver ni castigar; así, incitado por la necesidad, guiado por el mal ejemplo, animado por la costumbre y premiado por la actividad, va hurtando hasta el día en que roba un animal del vecino, y entonces lo llevan al panóptico. Inútiles serán vuestras luminosas exposiciones para hacer comprender que ese desgraciado, *no siendo el demente que señala la ley*, es, no obstante, un desequilibrado, un ser inconsciente que ha sufrido una perturbación mental que excusa, en cierto grado, el acto porque se le quiere condenar. (PUTNAM, 1912, p. 254)

La modificación de la categoría de demencia por la de enajenación implicaba, de un lado, la inclusión como patologías de una serie de conductas, actitudes y eventos biográficos de los sujetos que se encontraban fuera del código y, de otro lado, la dependencia o alianza entre el poder jurídico y el poder médico.

La crítica de los médicos a los juristas se centraba básicamente en la reticencia que tenían para modificar el código penal teniendo en cuenta los últimos avances de la psicopatología, y también en la poca credibilidad que, especialmente, los peritajes psiquiátricos tenían entre los servidores judiciales,

quienes muchas veces rechazaban los informes porque no se adecuaban a las definiciones establecidas en la ley. Esto acarrea frecuentemente la administración de penas a personas que por su estado mental no lo merecían o dejar en libertad a sujetos que por su mismo estado mental eran considerados peligrosos para la vida en sociedad. Ese dilema jurídico debía, según Putnam, solucionarse con la modificación acertada del código y lo más importante, con la legitimación legal de los peritajes psiquiátricos. El perito psiquiatra o psiquiatra forense, como es llamado por Putnam, debía ilustrar a la justicia en el estudio del criminal, ofreciendo toda la información sobre antecedentes, hábitos y herencia, con la finalidad de determinar si el individuo era peligroso para su propia vida o para los intereses de la sociedad.

Es probable que en términos jurídicos el cambio de una categoría genérica por otra no representase mayores transformaciones, pero en términos prácticos hacía imperativa la intervención del saber médico. De hecho, en otra de las tentativas de reforma del código penal (1923) (NUÑO, 2002), la comisión encargada solicita a la Academia Nacional de Medicina asesoría profesional sobre los artículos de la ley relacionados con la definición del estado mental de los criminales. El informe, presentado por el médico Juan David Herrera en 1924, responde a las cuestiones relacionadas con el uso de la palabra enajenación. A través de ese informe la Academia definió que las palabras enajenación mental o demencia podían ser usadas por el legislador, siempre y cuando fuesen usadas de manera genérica para indicar “todas las variedades y estados específicos en los cuales se pueden agrupar los atributos de los individuos psíquicamente anormales, independiente de las causas productoras de la anormalidad” (HERRERA, 1924, p. 504).

Sin embargo, esas mismas palabras, según el informe, dentro del saber médico, representaban

cuadros patológicos, especiales y autónomos, que pueden ser distintos unos de otros y recibir nombres diferentes, pero todos corresponden igualmente a atributos de la anormalidad y dependiendo de la cualidad o intensidad de los mismos, reciben nombres especiales, aunque no dejan de pertenecer al mismo grupo genérico establecido en la ley. (HERRERA, 1924, p. 504)

Para efectos de la definición de la ley, ésta no podía contener una descripción exhaustiva de todos aquellos estados de anormalidad psíquica, pero para efectos de la aplicabilidad de la ley, esto es, para la definición de la responsabilidad penal, el juez solo podía llegar a una conclusión si contaba con un peritaje psiquiátrico. El informe de Herrera deja muy claro esto en varios apartes:

Se debe aceptar el término de Enajenación Mental o de Demencia usado por el legislador y dejar al psiquiatra experto complementar la acción de aquello en lo concreto y específico, único que puede determinar en cada caso particular si el acto delictivo ha surgido de un anormal, cualquiera que sea su variedad específica, pero que puede ser la razón de la imputación. (HERRERA, 1924, p. 505)

La aceptación de los postulados de la Escuela Positiva Italiana legitimó el peritaje psiquiátrico para la definición de la responsabilidad social y legal de los inculcados en procesos civiles y penales. A partir de 1936 el artículo 29 del código penal definía la inimputabilidad cuando al momento de cometer el acto la persona se encontraba en estado de enajenación mental, intoxicación crónica por alcohol u otra sustancia, o padeciese de grave anomalía psíquica (REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1937). De acuerdo con esta nueva orientación positivista, se debía reconocer el papel del médico legista como el profesional que definía el estado de peligrosidad de los individuos, el estudio de las relaciones entre las perturbaciones mentales y cerebrales y las diversas reacciones antisociales producidas por esos estados, así como las indicaciones terapéuticas a seguir en cada caso (URIBE CUALLA, 1939).

De ese modo la medicina mental se asegura su terreno de intervención por fuera del asilo al imponerse como una pieza indispensable en el funcionamiento de las decisiones judiciales. No se trata simplemente de delegación de poder, sino de la legitimación legal de un saber que se adjudica como el único que puede decidir sobre la responsabilidad penal de los así categorizados como enajenados.

Ahora, ¿cómo eso funcionó en la práctica?; ¿cómo se llegaba a la clasificación de los delincuentes con estado mental anormal?; ¿qué elementos contenían las exposiciones médico-legales de los peritajes psiquiátricos? y ¿cuáles eran las pruebas o los exámenes practicados a los acusados?

Para responder a estos interrogantes los *estudios médico-legales* pueden constituirse en una buena fuente de información. Curiosamente, los archivos de los casos judiciales, es decir, los expedientes judiciales, ofrecen pocos datos sobre las exposiciones de los peritajes psiquiátricos, por lo menos en lo que se refiere a la documentación consultada⁹. En general, los expedientes judiciales suministran, cuando es el caso, un resumen sobre las declaraciones de los peritos y la conclusión a la que se llegó.

Los *estudios médico-legales* y la definición de los criminales-locos

Con el nombre de *estudios médico-legales* se pueden caracterizar una serie de estudios que estuvieron dirigidos a divulgar, discutir y servir de orientación en el campo de la medicina legal. Dichos estudios ofrecen información variada. En ellos se pueden encontrar exposiciones periciales completas, discusiones sobre casos concretos como identificación de cadáveres, incapacidades físicas y heridas, etc., además de discusiones sobre jurisprudencia, prisiones, criminalidad y leyes.

Si bien estos estudios fueron publicados en las distintas revistas de divulgación médica de la época, algunas revistas especializadas fueron creadas para tal fin. Entre ellas se encuentra la *Revista Colombiana de Biología Criminal*, órgano de difusión de la Sociedad de Biología Criminal fundada en 1935 por Francisco Bruno, quien fue director por varios años de la Penitenciaría Central de Bogotá y la *Revista de Medicina Legal*, órgano de difusión de la Sociedad de Psicopatología, Neurología y Medicina Legal fundada en 1940, por el reconocido médico legista Guillermo Uribe Cualla.

Los estudios médicos legales sobre las exposiciones periciales presentan de manera detallada los argumentos y teorías usadas, al igual que los exámenes y pruebas a los que eran sometidos los acusados. Generalmente tales estudios

⁹ Fueron consultados varios expedientes judiciales por homicidio, aborto, delitos sexuales, entre otros, de la segunda mitad del siglo XX en el Archivo Judicial de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín. Faltaría investigar un poco más en otro tipo de archivos, pues las exposiciones médico-legales eran un requisito obligatorio que debían cumplir las Oficinas Médico-Legales. Es importante señalar que algunas veces, los expedientes judiciales se encuentran incompletos.

tienen una estructura argumentativa básica, que corresponde a la manera como debían ser presentados estos informes ante el juez.

Tomando como ejemplo los estudios médico-legales de Julio Ortiz Velásquez se intentará mostrar un mapa general de estos estudios, concretamente los dedicados a los peritajes psiquiátricos (ORTIZ, 1953b).

Los peritajes psiquiátricos y el papel del perito

Comúnmente, los estudios médico-legales de los peritajes psiquiátricos se dividían en:

1. Hechos y compilación de datos: se refiere a una descripción breve sobre los hechos delictivos, que era extraída del expediente judicial. La descripción incluía las acciones del acusado/a y de la/s víctima/as; la situación de contexto, es decir, el lugar donde se desarrollaron los hechos y los testimonios.
2. El estudio del acusado/a estaba dividido a su vez en: A. informaciones relativas a la edad, el sexo, el estado civil, el oficio o profesión, las filiaciones familiares y el lugar de origen. B. antecedentes personales y hereditarios. C. una descripción del estado actual del acusado. D. examen físico y somático y E. examen psíquico.
3. Cuestiones criminológicas: generalmente esta parte de la exposición no estaba separada del estudio del acusado, y se refería básicamente a los análisis teóricos del perito en relación con el estado mental. Se trata de la confrontación teórica con los datos empíricos obtenidos. Algunas veces este análisis incluía reflexiones de orden legal, concretamente sobre la responsabilidad penal.
4. Deducciones y conclusiones: en esta parte se debía definir si el sujeto sufría o no anormalidad psíquica y cuál era el tipo.

Las palabras usadas por el perito en esta última parte de la exposición eran de gran relevancia porque definían el futuro de la persona acusada y, dependiendo de la gravedad o agudeza de tales palabras se definía también su posibilidad de tratamiento o recuperación en términos sociales. El artículo 61 del código penal de 1936 establecía para los criminales enajenados su reclusión en un manicomio criminal o en una colonia agrícola especial, con libertad vigilada,

trabajo obligatorio en obras públicas y prohibición de concurrir a lugares públicos. Además, obligaba a que los establecimientos encargados de ejecutar las medidas de seguridad; clasificar y separar los reos según sus condiciones físicas y psíquicas, considerando el tipo de delito cometido, los antecedentes del acusado y sus capacidades para el trabajo (COLOMBIA, 1937, art. 77).

Aunque en la práctica esto no ocurrió así, pues tales establecimientos nunca funcionaron como lo determinó la ley¹⁰, el hecho de que el perito definiera un sujeto como incurable o no apto para el trabajo modificaba su vida social y su forma de tratamiento fuera o dentro del centro de reclusión¹¹.

El estudio del acusado representaba una de las partes centrales del estudio médico-legal en las exposiciones periciales psiquiátricas y como ya fue dicho, podía presentar diferencias dependiendo del caso.

¹⁰ Durante la segunda mitad del siglo XIX en Colombia, el centro de reclusión por excelencia para los denominados *locos* era la cárcel, pues los hospitales de caridad no estaban logísticamente adecuados para el cuidado de sujetos con enajenación mental. Aunque el art. 166 de la ley del 14 de diciembre de 1856, sobre policía general, estableciera la obligación de admitirlos en el Hospital de Caridad, muchos de ellos terminaban en el presidio. Sin embargo, debido a sus actos impúdicos, vergonzosos e inmorales y a que muchos de ellos eran categorizados como *locos furiosos*, las autoridades carcelarias y hasta los mismos reos comenzaron a denunciar su incomodidad y la necesidad de ubicar a estas personas en otro tipo de establecimiento. No pudiendo contenerlos, ni en el hospital ni en la cárcel, fue necesaria la construcción de un lugar idóneo para el tratamiento de estas personas, así el 13 de abril de 1878 es aprobado el acuerdo para la construcción del *Hospital de Locos de Medellín*. (SILVA, 2011).

Para ese momento, solo existía en Colombia una institución destinada para este fin, la *Casa de Locas* de Bogotá, fundada el 1 de febrero de 1874. En 1879 se crea el *Asilo de San Diego* en la misma ciudad, conocido después como *Manicomio de Varones*.

Todo parece indicar que una vez *expulsados* de la cárcel, los *locos* no fueron nunca más recluidos allí, aun cuando cometían crímenes, y si esto sucedía, lo era de manera transitoria, pues las cartas dirigidas a los secretarios de gobierno o a los gobernadores por parte de los alcaides o funcionarios públicos de las cárceles solicitando la reubicación de este tipo de personas en los manicomios, son una prueba de ello. Tampoco fueron aceptados en las colonias penales, como obligaba el código penal, pues tales establecimientos estaban destinados a pagar la pena por medio del trabajo obligatorio en el campo o en la construcción de obras públicas, trabajo que la mayoría de las veces no podía ser ejercido por los enajenados según prescripciones de los peritos psiquiatras. En el caso de los acusados por algún crimen y categorizados como enajenados o dementes, las medidas de seguridad eran cumplidas generalmente en el manicomio. Este establecimiento recibía todo tipo de personas con enfermedades mentales, por lo que no era un lugar especializado para enajenados criminales, ni estos tenían un tratamiento especial dentro de la institución. De este modo, lo que fue definido en los artículos 61 y 77 del código penal de 1936, en la práctica, nunca sucedió.

¹¹ Según la Ordenanza 8 de 1904 referente al Manicomio Departamental de Medellín, en sus art. 11 y 12, los *asilados tranquilos* debían ser ocupados en oficios relacionados con el manicomio o en oficios o artes relacionados con sus habilidades o capacidades. Dichas actividades podían ser remuneradas económicamente al final de su estancia en el asilo para que volvieran a su casa, o si fuere el caso, para pagar los costos relacionados con la alimentación suministrada durante su estancia en el manicomio. Según el reglamento del Manicomio de 1914, los pacientes *calmados* eran aquellos que vivían en el asilo *como en su casa propia* y que *podían y debían* trabajar para no enfermar más y curarse de ser posible. (SILVA, 2011, p. 96)

Los antecedentes personales del acusado generalmente eran obtenidos de él mismo o de familiares, amigos o conocidos. Contiene información sobre las conductas o comportamientos anteriores al delito, especialmente si se refiere a actitudes reprochables en términos sociales. Conductas violentas o agresivas, el uso de palabras soeces, la inclinación al hurto, la falta de religiosidad, el analfabetismo, la falta de pudor. Era importante saber si el acusado era exhibicionista, peleador, escandaloso, embaucador, alcohólico, en fin, todas aquellas conductas socialmente recriminables y que podían comprometer la convivencia social.

También hacía parte de los antecedentes personales la información relativa a las enfermedades padecidas por el acusado, cualquiera que estas fueran: malaria, neumonía, fiebres, disentería, tuberculosis, sífilis, etc. Y los accidentes sufridos a lo largo de su vida: caídas, quemaduras, golpes y traumatismo, particularmente, traumatismo craneal.

Las informaciones sobre los antecedentes hereditarios se concentraban en investigar toda la amplia gama de anormalidades presentes en el árbol genealógico del acusado. Eran de gran interés las anormalidades de primera línea de consanguinidad; los matrimonios entre miembros de la misma familia; los familiares, cercanos o lejanos, alcohólicos, locos, suicidas, bobos, idiotas, epilépticos, en fin, *raros* en general.

El examen físico o somático comenzaba con una breve descripción sobre el estado actual del acusado, es decir, si estaba distraído, si hablaba incoherencias o si, por el contrario, se encontraba calmado, con voluntad de responder al cuestionario hecho por el perito. Se hacían preguntas relacionadas con la orientación temporal y espacial como, por ejemplo: cuál era el nombre del lugar donde se encontraba, o cuál era el nombre del presidente o del arzobispo del país. Otras preguntas buscaban establecer asociación de ideas y ejercicios de memoria. Las entrevistas con el acusado se realizaban en diferentes días permitiendo corroborar las informaciones y, en cierta medida, definir la evolución y pronóstico de la enfermedad.

El examen físico también contenía la definición de los datos antropométricos, es decir, las mediciones de la circunferencia cefálica, de la

asimetría facial, del perímetro torácico, altura, índice de masa corporal, descripción de cicatrices, etc. También era importante determinar los actos reflejos, la agudeza auditiva y visual y la sensibilidad.

Una serie de otros exámenes que analizaban el sistema sanguíneo, respiratorio y digestivo y una prueba serológica para sífilis complementaban el cuadro médico.

Por último, el examen psíquico, un poco más complejo, indagaba sobre los desvíos de la memoria, del instinto, de la imaginación y de la atención, al igual que por los aspectos de la *esfera afectiva*, relacionada con las emociones y los sentimientos del sujeto; la *esfera activa*, es decir, su capacidad de relacionarse con otras personas y la convivencia social y, por último, la *esfera volitiva*, relacionada con la voluntad de querer recuperarse o de reconocer sus errores.

Este examen estaba orientado por los antecedentes del acusado, por lo que generalmente, no hacía más que confirmar la anormalidad psíquica de un sujeto que ya lo era en términos físicos y hereditarios.

La función del perito en estos casos consistía entonces en codificar completamente la subjetividad y los comportamientos problemáticos que no podían ser codificados por la ley, desplazando el acto delictivo hasta el individuo. De ahí la importancia de definir todos los datos biográficos, familiares, hereditarios y sociales del sujeto. Este tipo de estudios no solo permitían definir si el sujeto estaba enajenado o no, también posibilitaba localizarlo en una jerarquía que servía para decidir sobre su responsabilidad penal y su peligrosidad.

Paradójicamente, el enfermo mental era casi siempre irresponsable en términos jurídicos, pero muy peligroso en términos sociales, razón por la que tampoco podía quedar libre. Esta situación abre nuevos caminos de intervención para la medicina mental, pues la amenaza, real o imaginaria, siempre presente, de que los enajenados podían reincidir en sus conductas delictivas, hace posible que los esfuerzos se concentren no solo en controlar los comportamientos reales, sino también los comportamientos potenciales. Sospechas que al mismo tiempo fueron extendidas a todos aquellos que presentaran conductas o características similares, aun sin nunca haber cometido un acto delictivo.

Así, lo que comienza a ser objeto de sospecha es la propia normalidad, una normalidad que se entiende *aparente* o *disfrazada* de razón (CASTEL, 2009). La búsqueda incesante de cualquier señal física o comportamental, visible u oculta, que pudiera evidenciar un desorden en una apariencia razonable, es el núcleo central del peritaje médico psiquiátrico.

De igual forma el peritaje psiquiátrico posibilitaba localizar los enajenados en su propio espacio jurídico y médico, un espacio que no estaba libre de ambigüedades científicas o legales, pero que hacía posible y efectivo el control social, a través del pronóstico de la peligrosidad.

Degenerado psíquico acusado de triple homicidio

Para ilustrar mejor la manera como se daba en la práctica el desarrollo de las exposiciones médico-legales psiquiátricas se resume un caso publicado en 1935 en el que Julio Ortiz Velásquez actuó como perito (1953a).

El 28 de noviembre de 1935, el juez primero superior solicitó al perito Ortiz rendir un informe sobre el estado mental de J.J.M. inculpado de triple homicidio.

Según los hechos fueron encontrados los cadáveres de tres mujeres: C. R., viuda de 48 años, y de *vida no edificante*, y de sus dos hijas, M. E. de 11 años y J. R. de 6 años, en el paraje *Quebradona* en el municipio de Gómez Plata (Antioquia). Los cadáveres de las hijas fueron encontrados en diferentes puntos al pie de un riachuelo del mismo nombre del paraje y el de la madre, en la cocina de la casa, próxima al riachuelo.

Según las declaraciones de los testigos, las víctimas y el acusado fueron vistos el día del homicidio (11 de noviembre de 1934). Las niñas ordeñaban vacas y la madre hacía sus deberes en el hogar. Uno de los testigos dice haberse topado con el acusado, el cual se encontraba distraído, *sudoroso* y *empantanado*. Todas las víctimas fueron heridas con un arma cortopunzante en diferentes partes del cuerpo, hecho que les ocasionó la muerte.

El acusado rindió tres indagatorias en diferentes días cercanos al del homicidio. En la primera, niega todo y asegura no haber estado en el municipio en esa fecha. En la segunda reconoce haber dormido el día anterior en la casa

de C. R. y haber salido temprano en la mañana. Y en la tercera, admite haber matado a las 3 mujeres con una *peinilla*¹², arrojar los cadáveres de las niñas al río y buscar en la casa dinero y objetos de valor.

J. J. M. fue detenido en la cárcel de varones del municipio y observado allí por un médico que aseguraba que se encontraba en perfecto estado de salud mental. El director de la cárcel y varios presos que fueron indicados para observar al acusado, aseguraban también que era un sujeto *normal*, que respondía a las preguntas con cordura y que sus comportamientos eran propios de una *personalidad normal*.

Un año después, mientras aún se encontraba en la cárcel, Ortiz realizó tres exámenes en días diferentes, y encontró mucho *negativismo* y *confusión mental*. Resultados que no concordaban con lo señalado por el médico de la cárcel, el director y los reos. Por eso solicitó al juez su traslado inmediato al Manicomio Departamental para someterlo a una *vigilancia sostenida y eficaz*. El juez aceptó el traslado y Ortiz realizó allí tres exámenes más.

La exposición pericial

J. J. M era un individuo alto, de color negro, bien musculado y de 23 años, natural del municipio de Gómez Plata. En cuanto a sus antecedentes hereditarios, tanto su padre como uno de los testigos, asegura que en su familia no había locos ni epilépticos. En relación con sus antecedentes personales, varios testigos afirmaron que J.J.M era un hombre *mentiroso, tramposo, y tomatrigo*¹³ poco respetuoso de la propiedad ajena, pues ya había sido encontrado robando, y además *altanero*.

En los diversos interrogatorios hechos por Ortiz, el acusado dice que no tiene padres ni hermanos y que no sabe porque lo tienen detenido. Cuenta que tiene 30 años, que se casó hace 40 y que su esposa tiene 50, que es dueño de una finca, con muchos peones a dirigir (8000 peones) y a todo preso que entra en los dormitorios de la cárcel le pregunta su nombre y lo anota en un papel.

¹² Se refiere a un machete, cuchillo grande muy usado para desmontar, cortar caña de azúcar y otros usos.

¹³ Se usa para hablar de una persona que bebe mucho alcohol.

Según el relato, se pasa el día mirando las paredes y contando las moscas que se asientan o vuelan. Ignora los meses del año y los días de la semana. No sabe el lugar dónde se encuentra ni quién es el presidente de Colombia. No recuerda haber sufrido enfermedades ni haber estado en la escuela. Dice que sabe escribir y cuando se le pide escribir su nombre, hace una raya sobre el papel. Dice que no conoce a las víctimas ni el lugar donde ocurrió el crimen. En los exámenes de los días posteriores el acusado se muestra similar, afirma que necesita más peones pues quiere hacer una carretera para comunicar su finca con el más allá.

Además de hacerle una prueba serológica para sífilis, el acusado es sometido a un examen físico y psíquico. En cuanto a este último examen, Ortiz concluye que:

Es un individuo indiferente, apático, sin emociones, sin afectos, activamente desadaptado al medio en que se encuentra. Presenta, además, alucinaciones. En su esfera intelectual hallamos además un disturbio cuantitativo en todas sus funciones, llegando muchas veces a delirio de interpretación, y siendo su estado en las otras veces el de una confusión mental. De lo expuesto, deducimos que: primero, J. J. M. es un *degenerado psíquico*, de gran peligrosidad. Segundo, su permanencia en el manicomio se impone. (ORTIZ, 1953a, p. 174)

Al finalizar su exposición Ortiz se pregunta ¿Será J. J. un preso enloquecido en la prisión, o será un loco a quien pusieron preso? Y responde:

En el supuesto de que sea él el autor del crimen que se le imputa, de haber dado muerte a dos niñas y a una mujer, débiles e indefensas; la falta de examen psiquiátrico el día de los hechos-- pues su examen mental solo se ordenó practicarle a los quince meses de su detención--; de una sostenida observación por verdadero experto en psiquiatría durante su prisión, y la autoacusación en su tercera indagatoria, plantean en el ánimo del observador la siguiente cuestión: ¿no sería J. J. M un loco a quien pusieron preso? (ORTIZ, 1953a, p. 175)

Este breve ejemplo permite observar la influencia que el saber médico legal psiquiátrico tenía en la resolución de los casos criminales. Influencia que no sólo impactaba la definición sobre la responsabilidad penal del sujeto sino también su futuro dentro de una institución psiquiátrica. El último párrafo muestra el poder que se arrogaban los médicos psiquiatras al imponer su saber

cómo el único capaz de permitir una resolución correcta en este tipo de decisiones legales.

Consideraciones finales

En Colombia, durante la primera mitad del siglo XX los estudios relativos a la criminalidad están orientados por la creciente psiquiatrización del sujeto criminal y por la definición de la normalidad en términos biológicos y hereditarios. De hecho, son varios los estudios médicos y jurídicos que muestran ese interés, el cual va más allá del estudio de la criminalidad para concentrarse en la peligrosidad. Ampliación y desplazamiento que implica, por una parte, que el crimen deja de ser un objeto exclusivamente jurídico y el centro de los análisis y por otra, la apropiación del concepto de peligrosidad que permite prever el riesgo de posibles eventos desestabilizadores de la seguridad individual y colectiva. Esto quiere decir que el crimen en sentido estricto, como acto en sí, no tiene necesariamente que ocurrir.

De ese modo, a partir del código penal de 1936 la ley no está exclusivamente orientada a definir o reparar los daños producidos por el crimen, sino a determinar la peligrosidad de los sujetos a través de su biología y psicología. El crimen antes que, comprendido como un acto, sufre un proceso de naturalización al asumirse como parte de la naturaleza humana, razón por la cual es posible su estudio en términos biológicos. De ahí, la necesidad de observar y sistematizar por medio de fichas médico-psiquiátricas a todos aquellos sujetos susceptibles de ser peligrosos. La definición de perfiles psicopatológicos, no solamente en los casos en los que se sospecha una *enfermedad mental*, se constituye en una de las herramientas de clasificación e identificación de los sujetos más efectiva para determinar el peligro social.

Así, el peritaje médico-legal se convierte en una de las mejores estrategias de la *toma de poder* por parte de la psiquiatría moderna más allá de sus intervenciones en el ámbito asilar, tanto en términos médicos y sociales, como jurídico-administrativos (CASTEL, 2009). Lo judicial fue sufriendo lentamente un proceso de medicalización, esto es, de inclusión cada vez mayor de métodos y procedimientos científico-técnicos, provenientes del saber médico, para definir

la responsabilidad penal. En el caso de los peritajes médico-legales concernientes al estado mental de personas involucradas en un crimen, no funcionan únicamente como pruebas que ayudan a los jueces a tomar una decisión, se constituyen en verdaderos *actos médico-legales* sobre los que se soporta casi enteramente, por no decir totalmente, esa decisión (MITJAVILA; MATHES, 2012).

Finalmente, es preciso señalar que los estudios médico-legales relativos a los enajenados pueden ser pensados como modelos para el desarrollo de otro tipo de estudios que van estar dirigidos a otra población: los niños y que a partir de la tercera década del siglo XX, permitirán el desarrollo de los llamados estudios médico-pedagógicos, que fueron realizados en conjunto por médicos y educadores en instituciones de corrección y que luego fueron extendidos a las escuelas públicas (VÁSQUEZ, 2021) y cuyo instrumento la *ficha médico-pedagógica*, cumple las mismas funciones que el examen psiquiátrico: orientar el proceso de normalización, en este caso, de la infancia.

Referencias

ALLEVI, José Ignacio. Degeneradas, prostitutas, simuladoras: saberes médico-psiquiátricos sobre lo femenino hacia mediados del siglo XX en Argentina. **Las Locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental**. La Plata: EDULP, 2019. p. 117-154.

BARRIOS, Manuela; MÁRQUEZ, Jorge. ¿Medicalizar al delincuente o hacer del loco un criminal?: Prácticas de alienismo y medicina legal en Colombia a comienzos del siglo XX. **Salud Colectiva**, [Provincia de Buenos Aires], v. 5, p. 1-12, 2019. Disponible en: <https://scielosp.org/article/scol/2019.v15/e1965/>. Acceso en: 22 abr. 2021

CAMPOS MARÍN, Ricardo. Crimen y locura: la patologización del crimen en la España de la Restauración. **Norba, Revista de Historia**, [Badajoz], v. 20, p. 85-105, 2007.

CAPONI, Sandra. Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 425-445, 2009. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/ss/v7n3/v7n3a04.pdf>. Acceso en: 03 feb. 2021

CASTEL, Robert. **El orden psiquiátrico: edad de oro del alienismo**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2009.

COLOMBIA. **Código penal ley 95 de 1936**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1937.

CONCHA, José Vicente. **Proyecto de código penal, presentado al Senado de Colombia: sesiones ordinarias de 1912**. Bogotá: Imprenta de La Luz, 1912.

DEL VALLE, Piedad. El dictamen médico-legal en Antioquia 1887-1930. *In*: DOMINGUEZ, Eduardo (org.). **Todos somos historia: vida del diario acontecer**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2010a. p. 343-357.

DEL VALLE, Piedad. **La medicalización de la justicia en Antioquia (1887-1914)**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2010b.

ESCOBAR, Carlos. La Medicina Legal en Antioquia Primera parte. **Iatreia**, [Medellín], v. 15, n. 2, p. 121-126, 2002. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n2/v15n2a7.pdf>. Acceso en: 29 enero 2021.

FERLA, Luis. **Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo**, São Paulo 1920-1945. São Paulo: Alameda, 2009.

GIL, Juvenal. Nuestro código penal y la responsabilidad de los criminales por enfermedad mental. Trabajo presentado al Segundo Congreso Médico Nacional. **Revista Médica de Bogotá**, [Bogotá], v. 31, n. 368-371, p. 48-66, 1913.

GUTIÉRREZ, Jairo. **Locura y Sociedad: alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968**. Medellín: Institución Universitaria de Envigado, 2019.

HERRERA, Juan David. Informe Académico. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, [Medellín], v. 15, n. 178, p. 503-509, 1924.

HUERTAS, Rafael. Locos, criminales y psiquiatras: la construcción de un modelo (médico) de delincuencia. **Átopos**, [S.l.] v. 5, p. 14-21, 2006. Disponible en: http://www.atopos.es/pdf_05/locos-criminales-psiquiatras.pdf. Acceso en: 29 enero 2021

MÁRQUEZ, Jorge. Universidad y sociedad en la historia de la medicalización de la vida en Antioquia. *In*: FORO PRESENCIA DE ANTIOQUIA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PAIS: MEMORIAS. Medellín: Universidad de Antioquia, 2013. p. 131-143.

MARTÍNEZ, Abel; OTÁLORA, Andrés. Institucionalización de la Medicina Legal en Colombia en las primeras décadas del siglo XX. **Rev. Salud Hist y sanidad**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 3-15, 2007. Disponible en: <https://doi.org/10.13140/2.1.4250.9764>. Acceso en: 15 de marzo de 2021.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 22, n. 4, p. 1377-1395, 2012. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a07v22n4.pdf>. Acceso en: 15 mar. 2021.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. Labirintos da medicalização do crime. **Saúde e Sociedade**, [São Paulo], v. 25, n. 4, p. 847-856, 2016. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00847.pdf>. Acceso en: 29 mar. 2021.

MITJAVILA, Myriam; VÁSQUEZ, María Fernanda. Apresentação. Medicalização do crime: indagações genealógicas. **Saúde e Sociedade**, [São Paulo], v. 27, n. 2, p. 295-297, 2018. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n2/1984-0470-sausoc-27-02-295.pdf>. Acceso en: 29 mar. 2021.

NUÑO, José Enrique. **Sistema penal y control social en Colombia**. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2002.

ORTIZ, Julio. Degenerado psíquico. Triple homicidio. *In*: ORTIZ, Julio. **Estudios médico-legales y criminológicos (trabajos y observaciones personales)**. Medellín: Imprenta Departamental, 1953a. p. 164-175.

ORTIZ, Julio. **Estudios médico-legales y criminológicos (trabajos y observaciones personales)**. Medellín: Imprenta Departamental, 1953b.

ORTIZ, Julio. Servicio médico-legal del departamento. **Boletín Clínico: Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia**, [Medellín], v. 1, n. 10, p. 418-423, 1935.

PUTNAM, Carlos Enrique. Informe presentado a la Academia Nacional de Medicina. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, [S.l.], v. 4, n. 37, p. 98-105, 1912.

REBELO, Fernanda; CAPONI, Sandra. A medicalização do crime: a Penitenciária de Florianópolis como espaço de saber e poder (1933-1945). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [São Paulo], v. 11, n. 22, p. 193-206, 2007. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/02.pdf>. Acceso en: 29 enero 2021.

RÉPUBLIQUE DE COLOMBIA. **Código penal**: Ley 95 de 1936, decreto 2300 de 1936. Bogotá: Imprenta Nacional Bogotá, 1937.

RIVA, Betina Clara. El perito médico en los delitos sexuales, 1880-1890. *In*: BARRENECHE, Oswaldo y BISSO, Andrés (comp.). **Ayer, hoy y mañana son contemporáneos: tradiciones, leyes y proyectos en América Latina**. La Plata: EDULP, 2010. p. 229-258. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.347/pm.347.pdf%0ADocumento>. Acceso en: 16 mar. 2021.

RODRÍGUEZ, Eduardo. **Código penal colombiano**. Bogotá: Librería Colombiana Camacho Roldán y CIA, 1890.

ROJAS, Odette María. **La metrópoli viciosa: alcohol, crimen y bajos fondos: Ciudad de México, 1929-1946**. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2019.

SALAZAR, Alejandro. Alcoholismo y degeneración en el Manicomio Departamental de Antioquia, Colombia (1920-1930). **Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia**, [S.l.], v. 69, n. 2, p. 1-14, 2017. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/747/1171>. Acceso en: 16 mar. 2021

SÁNCHEZ, Marcelo. La teoría de la degeneración en Chile (1892-1915). **Historia (Chile)**, [Santiago de Chile], v. 47, n. 2, p. 375-400, 2014. Disponible en: <http://revistahistoria.uc.cl/index.php/rhis/article/view/9992/9236>. Acceso en: 29 enero 2021.

SILVA, Andrés. **Espacio, cuerpo y subjetividad en el Manicomio Departamental de Antioquia: 1875-1930**. 2011. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2011.

URÍAS, Beatriz. Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940). **Frenia**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 37-67, 2004. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/228845435.pdf>. Acceso en: 15 mar. 2021.

URIBE CUALLA, Guillermo. **Medicina Legal**. Bogotá: Editorial Nueva, 1934.

URIBE CUALLA, Guillermo. **Medicina legal y psiquiatría forense**. 2. ed. Bogotá: [s. n.], 1939.

URIBE, Juan de Dios. Votos y conclusiones. *In*: CONGRESO MÉDICO DE COLOMBIA, 2., Bogotá. **Anales** [...]. Bogotá: Escuela Tipográfica Salesiana, 1913. p. 209-223.

URIBE, Lázaro. **Conferencias de medicina legal: colección patrimonio documental**. Medellín: Universidad de Antioquia, 1940.

URIBE, Lázaro. Programa de medicina legal y toxicología. **Anales de la Universidad de Antioquia**, Medellín, v. 1, n. 2, p. 129-140, 1929.

VÁSQUEZ, María Fernanda. Degeneración, criminalidad y heredo-alcoholismo en Colombia, primera mitad del siglo XX. **Saúde e Sociedade**, [São Paulo], v. 27, n. 2, p. 338-353, 2018a. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n2/1984-0470-sausoc-27-02-338.pdf>. Acceso en: 29 enero 2021.

VÁSQUEZ, María Fernanda. El papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales, Colombia primera mitad del siglo XX. **Historia y sociedad**, Medellín, v. 34, p. 15-39, 2018b. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/hiso/n34/0121-8417-hiso-34-00015.pdf>. Acceso en: 15 mar. 2021.

VÁSQUEZ, María Fernanda. Das casas de correção às escolas públicas: medicalização e psiquiatrização da infância na Colômbia, 1930-1950. /n: CAPONI, Sandra; STOLF, Fabíola; LAJONQUIÈRE, Leandro. **Saberes expertos e medicalização no domínio da infância**. São Paulo: Editora LiberArs, 2021. p. 223-242.

VICENCIO, Daniel. Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica, 1895-1910. **Estudios de historia moderna y contemporánea de México**, [Ciudad de México], v. 47, p. 79-119, 2014.