



DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES 2010-2015

Acreditación de la CONEAU (230/11)

Tesis para Obtener el grado de

Doctor en Ciencias Sociales

Interpretación de la locura y acciones concretas en el Hospital José

A. Esteves, de Lomas de Zamora (1908-1971)

Aida Alejandra Golcman

Director: Mariano Plotkin

Co-Directora: Karina Ramacciotti

Mayo, 2015



Universidad Nacional
de General Sarmiento

FORMULARIO "E" TESIS DE POSGRADO

Este formulario debe figurar con todos los datos completos a continuación de la portada del trabajo de Tesis. El ejemplar en papel que se entregue a la UByD debe estar firmado por las autoridades UNGS correspondientes.

Niveles de acceso al documento autorizados por el autor

El autor de la tesis puede elegir entre las siguientes posibilidades para autorizar a la UNGS a difundir el contenido de la tesis:

- a. **Liberar el contenido de la tesis para acceso público.**
 - b. **Liberar el contenido de la tesis solamente a la comunidad universitaria de la UNGS:**
 - c. **Retener el contenido de la tesis por motivos de patentes, publicación y/o derechos de autor por un lapso de cinco años. X**
-
- a. Título completo del trabajo de Tesis: Interpretación de la locura y acciones concretas en el Hospital José A. Esteves, de Lomas de Zamora (1908-1971)
 - b. Presentado por (Apellido/s y Nombres completos del autor): Golcman Aida Alejandra
 - c. E-mail del autor: alejandragolcman@gmail.com
 - d. Estudiante del Posgrado (consignar el nombre completo del Posgrado): Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de General Sarmiento-Instituto de Desarrollo Económico y Social.
 - e. Institución o Instituciones que dictaron el Posgrado (consignar los nombres desarrollados y completos): Universidad Nacional de General Sarmiento e Instituto de Desarrollo Económico y Social

f. Para recibir el título de (consignar completo):

a. Grado académico que se obtiene: Doctor en Ciencias Sociales

b. Nombre del grado académico: Doctorado

g. Fecha de la defensa: / /
 día mes año

h. Director de la Tesis (Apellidos y Nombres): Plotkin Mariano Ben

i. Tutor de la Tesis (Apellidos y Nombres): Ramacciotti Karina Inés

j. Colaboradores con el trabajo de Tesis:

k. Descripción física del trabajo de Tesis (cantidad total de páginas, imágenes, planos, videos, archivos digitales, etc.): 335 páginas. Contiene también fotografías, cuadros y gráficos

l. Alcance geográfico y/o temporal de la Tesis: Argentina, específicamente Buenos Aires. 1908-1971

m. Temas tratados en la Tesis (palabras claves): Prácticas Psiquiátricas-Ojo Clínico-Demencia Precoz-Esquizofrenia.

n. Resumen en español (hasta 1000 caracteres):

El objetivo de este trabajo es analizar las formas de interpretar y actuar ante las patologías psiquiátricas en hospitales de la provincia de Buenos Aires, en el proceso de incorporación y consolidación de la psiquiatría como disciplina médica en América Latina y en especial en la Argentina, ocurrido durante el siglo XX. Para el abordaje de esta problemática, la presente tesis concentra su análisis en una institución hospitalaria psiquiátrica en especial, el hospital J.A. Esteves de Lomas de Zamora (institución para mujeres que fue un Anexo del Hospital Nacional de Alienadas hasta la década de 1940), en dos patologías en particular, la demencia precoz y la esquizofrenia, y en un grupo de actores que se corresponde con los médicos psiquiatras que trabajaron en esa institución y en una población completa de pacientes

mujeres que fueron internadas hasta su fallecimiento en el hospital. El estudio se desarrolla entre 1908, el año de fundación del mencionado hospital y 1971, momento en el que finalizó el Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas desarrollado en la institución. Específicamente, se pretende explicar la relación entre las maneras de comprender la locura y la variedad de diagnósticos y tratamientos utilizados por los médicos para abordarla.

Para el desarrollo de esta problemática, la investigación se apoya en la relación dialéctica e interactiva entre el contexto de posibilidades de interpretación de los psiquiatras pautado por la circulación de lecturas, de traducciones y producciones locales y el trabajo clínico psiquiátrico. En este marco consideramos que la mirada de los psiquiatras estuvo permeada por un entorno social y cultural que modificó su desempeño profesional. Denominamos a esta relación dialéctica e interactiva como “ojo clínico”, hipótesis de trabajo que nos permite articular distintos aspectos de lo que fue la vida en el hospital Esteves: las prácticas médicas, las teorías que se sostenían y algunos indicios sobre la vida de las personas que habitaban la institución. El “ojo clínico” fue así, un punto de llegada y no de partida de un recorrido de investigación.

Con relación a los actores centrales de esta investigación, las pacientes una vez internadas, sufrieron un proceso de cronificación hasta su muerte y sólo un número acotado de ellas recibieron algún tratamiento, el cual no les permitió la cura. En lo que refiere a los psiquiatras, no pretendemos encontrar una mirada unívoca en el conjunto de los médicos dedicados a la salud mental, pues la psiquiatría fue y es un campo disciplinar compuesto por una diversidad de posiciones, teorías y explicaciones que se vinculan, asimismo, con criterios de tipo institucionales que cambian con el tiempo. El contexto en el cual desarrollaron su trabajo los médicos, fue el hospital. Por lo tanto, otro de nuestros objetivos es analizar el derrotero de la institución y el impacto de ese derrotero en los criterios clínicos. En este marco, se tienen en cuenta las influencias del Estado y de aquellas entidades o instituciones que en diferentes momentos se ocuparon del rumbo del hospital en estudio, como la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal.

Para la reconstrucción e interpretación del proceso por el cual los psiquiatras interpretaron la locura y la abordaron desde la clínica, elegimos analizar específicamente los cuadros de demencia precoz y de esquizofrenia, que fueron los diagnósticos de psicosis paradigmáticos dentro de la psiquiatría de la última centuria. A partir de estas nosologías, intentamos reconstruir e interpretar las prácticas

psiquiátricas de los médicos, mediante el diálogo del trabajo clínico y su correlato teórico.

Consideramos que el modo más apropiado para acercarnos a la clínica en el campo de la psiquiatría es a partir de los diagnósticos realizados a las pacientes. Desde los mencionados argumentos, las fuentes elegidas para abordar nuestro problema de estudio fueron las historias clínicas del Hospital Esteves, de pacientes fallecidas en el arco temporal que investigamos, y artículos médicos de autores que trabajaban en el campo psiquiátrico argentino. Las historias clínicas constituyen un lugar de registro donde se puede visualizar cómo se configuró el trabajo de los médicos, e interpretar el impacto que produjo la internación y las prácticas psiquiátricas en el comportamiento de las pacientes. Nos enfocamos en dos aspectos que están presentes en las historias clínicas: el diagnóstico y las terapias. Para los diagnósticos, relevamos todos aquellos que se encuentran registrados, y nos centramos en el caso de estudio - demencia precoz y la esquizofrenia-. El objetivo de recuperar los tratamientos que se practicaron en el hospital radica en tratar de comprender cómo se procedió ante las patologías mentales en la institución hospitalaria, en particular en el Esteves, y qué formulaciones teóricas y conceptuales aparecían sobre ellas en los artículos médicos. La mirada médica, creemos, puede observarse también en el modo de describir los tratamientos.

Los diagnósticos y tratamientos quedaron registrados en expedientes cuya confección demuestra la interacción del psiquiatra con documentos y principios teórico-psiquiátricos que modificaron permanentemente sus nociones sobre las patologías y sus diseños protocolares para abordarlas. Toda esta información era abordada por el psiquiatra mediante la lectura y debate de artículos científicos específicos a los que accedía a través de textos europeos que llegaban, estancias de estudio por diversos países del viejo continente y en las producciones locales de sus colegas en las revistas médicas ocupadas de temáticas psiquiátricas. Por lo tanto, esta tesis toma estas últimas producciones científicas mencionadas como fuentes, y las analiza teniendo en cuenta lo siguiente: los médicos locales utilizaron conceptos foráneos para abordar, interpretar y desarrollar sus investigaciones. Asimismo, estos principios fueron readaptados con gran plasticidad a las necesidades clínicas y las intenciones teóricas que se presentaban, sin importar su procedencia. Al mismo tiempo, estas producciones variaron según el momento de emisión y el tipo de patología al que se refería. Con respecto a la demencia precoz y la esquizofrenia, se trataba de una descripción técnica muy atada a la letra europea; en estos casos se hacía un esfuerzo por encajar los propios casos clínicos en estas lógicas producidas del otro lado del mar.

o. Resumen en portugués (hasta 1000 caracteres):

O objetivo deste trabalho é analisar as formas de interpretar e atuar ante as patologias psiquiátricas nos hospitais da província de Buenos Aires, no marco do processo de incorporação e consolidação da psiquiatria como disciplina médica na América Latina e especialmente na Argentina, no século XX. Para a abordagem desta problemática, a tese concentra-se na análise de uma instituição psiquiátrica em especial: o Hospital J.A. Esteves de Lomas de Zamora (instituição para mulheres que foi um anexo do Hospital Nacional de Alienadas até a década de 1940), em duas patologias em particular, a demência precoce e a esquizofrenia, num grupo de atores que têm correspondência com os médicos psiquiatras que trabalharam nessa instituição, e numa população completa de pacientes mulheres que foram internadas até seu falecimento no hospital. A pesquisa foi realizada entre o ano de fundação do hospital mencionado e o ano 1971, momento em que finalizou o Projeto Piloto das Comunidades Terapêuticas, que teve lugar nessa instituição. Especificamente, se pretende explicar a relação entre as formas de compreender a loucura e a variedade de diagnósticos e tratamentos utilizados pelos médicos para abordá-la.

Para o desenvolvimento da problemática, a pesquisa baseia-se na relação dialética e interativa entre o contexto de possibilidades de interpretação dos psiquiatras, pautado pela circulação de leituras, de traduções e produções, e o trabalho clínico psiquiátrico. Neste marco, consideramos que o olhar dos psiquiatras foi permeado pelo entorno social e cultural que modificou seu desempenho profissional. Podemos denominar esta relação dialética e interativa como “olho clínico”, hipótese de trabalho que nos permite articular distintos aspectos do que foi a vida no hospital Esteves: as práticas médicas, as teorias sustentadas e alguns indícios sobre a vida das pessoas que habitavam na instituição. O olho clínico foi um ponto de chegada e não de partida do percurso da pesquisa.

Em relação aos atores centrais da pesquisa, as pacientes uma vez internadas, sofreram um processo de cronificação até sua morte, e só um número limitado delas receberam algum tratamento, o qual não lhes permitiu a cura. No que se refere aos psiquiatras, não pretendemos encontrar um olhar unívoco no conjunto dos médicos dedicados à saúde mental, pois a psiquiatria foi e é um campo disciplinar composto por uma diversidade de posições, teorias e explicações que se vinculam, assim mesmo, com critérios de tipo institucionais que mudam com o tempo. O contexto no qual desenvolvem seu trabalho os médicos, foi o hospital. Portanto, outro de nossos

objetivos é analisar a orientação da instituição e o impacto dessa orientação nos critérios clínicos. Neste marco, consideram-se as influências do Estado e daquelas entidades ou instituições que em momentos diferentes se ocuparam do rumo do hospital em estudo, como a Sociedade de Beneficência da Capital Federal.

Para a reconstrução e interpretação do processo pelo qual os psiquiatras interpretaram a loucura e a abordaram desde a clínica, optamos por analisar os quadros de demência precoce e de esquizofrenia, que foram os diagnósticos de psicose paradigmáticas dentro da psiquiatria do último século. A partir destas nosologias, tentamos reconstruir e interpretar as práticas psiquiátricas dos médicos, mediante o diálogo do trabalho clínico e seu correlato teórico.

Consideramos que o modo mais apropriado para nos aproximar à clínica no campo da psiquiatria é a partir dos diagnósticos realizados às pacientes. Desde os argumentos mencionados, as fontes selecionadas para nossa abordagem do problema de estudo foram as histórias clínicas do Hospital Esteves, das pacientes mortas no marco temporal que pesquisamos, e artigos médicos de autores que trabalhavam no campo psiquiátrico argentino. As histórias clínicas constituem um lugar de registro onde se pode visualizar como se configurou o trabalho dos médicos, e interpretar o impacto que produziu a internação e as práticas psiquiátricas no comportamento dos pacientes. Enfocamos-nos em dois aspectos que estão presentes nas histórias clínicas: o diagnóstico e as terapias. Para os diagnósticos, relevamos todos aqueles registrados e nos centramos no caso de estudo —demência precoce e esquizofrenia—. O objetivo de recuperar os tratamentos que se praticaram no hospital radica em compreender como se precedeu ante as patologias mentais na instituição hospitalaria, em particular no Esteves, e que formulações teóricas e conceituais apareciam sobre elas nos artigos médicos. Achamos que o olhar médico pode se observar também no modo de descrever os tratamentos.

Os diagnósticos e tratamentos foram registrados em expedientes cuja confecção demonstra a interação do psiquiatra com documentos e princípios teórico-psiquiátricos que modificaram permanentemente suas noções sobre as patologias e seus desenhos protocolares para abordá-las. Toda esta informação foi abordada pelo psiquiatra mediante a leitura e debate de artigos científicos específicos, aos que se acessava através de textos europeus que chegavam, estadias de estudo por diversos países do velho continente e nas produções locais dos seus colegas nas revistas médicas de tópicos psiquiátricos. Portanto, esta tese toma estas últimas produções científicas mencionadas como fontes e as analisa levando em conta o seguinte: os médicos

locais utilizaram conceitos estrangeiros para abordar, interpretar e desenvolver suas pesquisas. Assim mesmo, estes princípios foram readaptados com grande plasticidade às necessidades clínicas e às intenções teóricas que se apresentavam, sem importar sua procedência (articulando conceitos franceses e alemães). Ao mesmo tempo, estas produções variaram segundo o momento de emissão e o tipo de patologia a que se referia. Com respeito à demência precoce e à esquizofrenia, se tratava de uma descrição técnica muito ligada à letra europeia; nestes casos se fazia um esforço por encaixar os próprios casos clínicos nestas lógicas produzidas no outro lado do mar.

p. Resumen en inglés (hasta 1000 caracteres):

The aim of this thesis is to analyze the ways to interpret and act on psychiatric disorders in hospitals in the province of Buenos Aires, in the process of the incorporation and consolidation of psychiatry as a medical discipline in Latin America and especially in Argentina, during the twentieth century. For addressing this problem, this thesis focuses its analysis in a psychiatric hospital institution in particular, the Hospital J. A. Esteves from Lomas de Zamora (institution for women that was an annex of the Hospital Nacional de Alienadas until the 1940s), two diseases especially dementia praecox and schizophrenia, and a group of actors: doctors who worked in that institution and an entire population of female patients who were hospitalized until their death in hospital. The study was developed between 1908, the year of foundation of that hospital and 1971, at the ending of Pilot Project of Therapeutic Communities developed in the institution. Specifically, it seeks to explain the relationship between the understandings of madness and the variety of diagnoses and treatments used by doctors to address it.

For the development of this problem, the research is based on the dialectic and interactive relationship between the context for possibilities of performance of psychiatrists scheduled by the circulation of readings, translations and local productions and psychiatric clinical work. In this context we consider the view of psychiatrists was permeated by a social and cultural environment that modified their professional performance. We can call this dialectic and interactive relationship as "clinical eye", working hypothesis that allows us to articulate different aspects of what life was like in the Esteves Hospital: medical practices, theories that were held and some clues about the life of the people who inhabited the institution. In this way, the "clinical eye" was a point of arrival of the research. Regarding the key players in this research, patients once hospitalized, underwent a process of chronicity until their final death, and only a limited number of them received any treatment, which did not allowed to cure. When it comes to psychiatrists, we don't intend to find a unique look on the set

of physicians dedicated to mental health because psychiatry was and is a disciplinary field composed of a variety of positions, theories and explanations, that are also binding with criteria of institutional type that change over time. The context in which doctors developed their work was the hospital. Therefore, another objective is to analyze the itinerary of the institution and the impact of that course on clinical criteria. In this context, we take into account the influences of the State and those entities or institutions that at different times dealt with the course of the hospital, such as the Public Welfare of the Capital Federal.

For the reconstruction and interpretation of the process by which psychiatrists interpreted madness and did their practice, we specifically chose to analyze dementia praecox and schizophrenia, which were paradigmatic psychosis diagnoses in psychiatry of the last century. From these nosologies, we try to reconstruct and interpret practices of physicians, by putting into dialogue of clinical work and its theoretical counterpart.

We believe that the most appropriate approach to the clinic in the field of psychiatry is based on the diagnoses to patients. From the above arguments, the sources chosen to address our problem of the study were the medical records of dead patients of Esteves Hospital, in the time span we investigated, and medical articles by authors working in the Argentine psychiatric field. Medical records are a place of registration where you can view how the work of physicians was configured, and interpret the impact that caused the hospitalization and psychiatric practices in the behavior of patients. We focus on two aspects that are present in the medical records: diagnosis and therapy. For diagnostics, we surveyed all those who are registered, and we focus on the case study –dementia praecox and schizophrenia-. The objective of recovering the treatments that were performed in the hospital lies in trying to understand how we proceeded to mental disorders in the hospital institution, particularly in the Esteves, and what theoretical and conceptual formulations appeared on in the medical articles. The medical gaze, we believe, can also be seen in the way of describing the treatments.

The diagnoses and treatments were written in records, whose garment demonstrates the interaction between psychiatrist and documents and theoretical principles that permanently altered their notions about the pathologies and protocol designs to address them. All this information was addressed by the psychiatrist through reading and discussion of specific scientific articles to which they accessed through European texts, study trips to various countries of the old continent and in local productions of their colleagues in medical journals that catered in psychiatric issues. Therefore, this

thesis takes these latest scientific productions mentioned as sources, and analyzes them taking into account: local doctors used foreign interpretations to develop their research concepts. Also, these principles were retrofitted with high plasticity to clinical needs and theoretical intentions were presented, regardless of origin. Besides, these productions varied by time of use and the type of pathology that they meant. With regard to dementia praecox and schizophrenia, it was tied to European technical description; in these cases they made an effort to fit the clinical cases, in these logics produced across the sea.

q. Aprobado por (Apellidos y Nombres del Jurado):

Firma y aclaración de la firma del Presidente del Jurado:

Firma del autor de la tesis:

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN	5
Marco teórico y estado de la cuestión.....	9
Metodología y fuentes	23
Organización del trabajo.....	25
CAPÍTULO I	27
El uso de las historias clínicas. Una puerta de entrada a la clínica	27
1.1- Introducción	27
1.2- Las historias clínicas: sus riquezas y limitaciones	27
1.3- El camino de las fuentes al problema	31
1.4- Fuentes	32
1.4.1- Introducción a las fuentes	32
1.4.2- Historias clínicas.....	35
1.4.3- Artículos médicos	38
1.4.4- Otras fuentes	39
1.5.1- Metodología de análisis de las historias clínicas	41
1.5.2- Metodología de análisis del resto de las fuentes	45
1.5.3- Metodología cualitativa.....	47
1.6- Las cronologías de la investigación.....	51
1.7- Algunas ideas finales	54
CAPÍTULO II	56
La historia del hospital: “un depósito de locas”	56
2.1- Introducción	56
2.2- El manicomio como institución para la locura.....	57
2.3- El hospital de Lomas de Zamora, problemas en torno a la construcción de una institución hospitalaria	60
2.4- La situación del HNA.....	68
2.5- La apertura del hospital y sus primeros años	72
2.5.1- Nuevas instituciones, viejos problemas.....	77
2.5.2- El hospital Esteves de Lomas de Zamora.....	86
2.6- Algunas ideas finales	94
CAPÍTULO III	97
La población hospitalaria y la vida en la institución: el largo camino desde el diagnóstico hasta la muerte	97

3.1- Introducción	97
3.2- La población hospitalaria.....	101
3.3- Los diagnósticos: el “ojo clínico” observa, interpreta, describe y registra	109
3.4- Las inmigrantes en el hospital	115
3.4.1- Vivir en otro idioma: las patologías de las inmigrantes	127
3.5- Los vínculos en el interior del hospital: pérdida de identidad, escenas violentas y soledad.....	132
3.5.1- Convivir en violencia	134
3.5.2 - Años de soledad. <i>La nostalgia de Olga</i>	142
3.6- Algunas ideas finales	149
CAPÍTULO IV	152
Demencia precoz y esquizofrenia. Debates, reflexiones, transcripciones, ideas	152
4.1- Introducción	152
4.2- Las psicosis en las producciones teóricas argentinas.....	155
4.3- Hacia una historización de la esquizofrenia	158
4.3.1- Los diagnósticos.....	160
4.4- Ejes temáticos de los artículos sobre demencia precoz y esquizofrenia.....	162
4.4.1- Estructura de los ejes	162
A- Primeros debates: la anatomía patológica	165
B- Otras discusiones: el debate entre el diagnóstico de demencia precoz y esquizofrenia	171
B.1- En diálogo con los vecinos	180
B.2- Nuevas preocupaciones, mismas nosologías	187
C- Tercer eje: Rasgos de la esquizofrenia	188
D- Terapias de choque, psicoanálisis y psicofármacos para esquizofrenia: cuarto eje	196
4.5- Algunas ideas finales	208
CAPÍTULO V.....	211
Las terapias: muchos tratamientos para unas pocas pacientes.....	211
5.1- Introducción	211
5.2- Descripción de los casos analizados	213
<i>Primera parte</i>	217
5.3- Laborterapia ¿una necesidad económica o una modalidad terapéutica?	217
5.4- Malarioterapia: enfermar para curar	229
5.5- Terapias de choque: el Esteves a la vanguardia de la psiquiatría	232
5.5.1- <i>Las terapias de shock, sus pioneros y su estudio como objeto histórico</i> ... 232	

5.5.2- Ideas y aplicación de terapias de shock: los artículos y el hospital	235
5.6- Lobotomía: el cerebro al servicio de las prácticas psiquiátricas	242
5.6.1- Orígenes de la terapia y debate historiográfico.....	242
5.6.2- Lobotomía en el Hospital de Lomas de Zamora	243
5.7- Terapias en la mente: cuerpo tranquilo, mente en tratamiento. La revolución del psicofármaco	248
Segunda parte	253
5.8- Presencia “PSI” en el Esteves.....	253
5.9- Psiquiatría progresista en época de dictadura: “cuando sólo votaban los locos”. El Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas	254
5.9.1- Introducción.....	254
5.9.2- Las innovaciones: el Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas	257
5.9.3- Contra una “infiltración comunista” y por una “sociedad normatizada”	262
5.9.4- Conclusiones sobre la experiencia piloto	266
5.10- Algunas ideas finales	268
CONCLUSIONES	271
ANEXO Nº 1: GRÁFICOS	282
ANEXO Nº 2: CUADROS	285
ANEXO 3: THESAURUS DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL ESTEVES	291
ARCHIVOS	297
FUENTES	298
BIBLIOGRAFÍA	307

A mis padres.

A todas las mujeres en la historia de mi vida: migrantes, sabias, bellas, locas.

Pulsión de vida y sublimación.

AGRADECIMIENTOS

Al terminar este proceso de escritura, llega la hora de mirar para atrás y pensar en todas las personas e instituciones que me acompañaron en este camino. La cantidad de agradecimientos que quiero manifestar, me genera mucha emoción, y hacen que este escrito sea un poco largo y aburrido.

Asistí a una escuela pública y tuve mi formación de grado en la universidad pública. Esta investigación se desarrolló gracias a la financiación de CONICET mediante Becas Doctorales Tipo I y II. Además el Doctorado IDES-UNGS me seleccionó para recibir las becas PROFOR en los primeros dos años de mi cursado. Defiendo la educación pública y me honra que mi trabajo sea producto de ella.

Para llevar adelante estos años de aprendizaje e investigación, fue necesario hacer base en Buenos Aires y Tucumán; estoy muy agradecida con las personas que hicieron esto posible. Agradezco a Mariano Plotkin, por responder un email de una tucumana que no conocía, que permitió el inicio de este recorrido; por presentarme al IDES con sus espacios de saber y su gente hermosa; por compartir conmigo su “mundo psi”, y confiar en mí para emprender todos los proyectos que llevamos adelante en estos años, principalmente el Programa de Historia de Saberes Psi y la revista Culturas Psi. Además agradezco a Karina Ramacciotti por presentarme el campo de la historia de la salud y la enfermedad, compartirme personas e ideas fundamentales para ella, y por empujarme en los primeros años a hacer cosas que todavía no me animaba.

Del lado tucumano, agradezco principalmente a Raquel Gil Montero, por acompañarme, apoyarme y sostenerme en este proceso, desde el momento que empecé a pensar en pedir una beca doctoral. Ella fue mi pilar en Tucumán y me enseñó herramientas metodológicas y sobre cómo dedicarme a este trabajo que me van a acompañar toda la vida. Además quiero agradecer a los últimos dos directores del ISES, Carlos Aschero y Daniel Campi por permitirme toda la plasticidad que implicó cursar mi doctorado y realizar mi trabajo de archivo en Buenos Aires; asimismo a todos los compañeros del ISES. También agradezco a Pablo Vallejo a quién acompañé en la apertura de la cátedra de

Historia de la Psicología y el Psicoanálisis en Argentina en la Facultad de Psicología de la UNT, por estar conmigo en los primeros pasos en este campo. El doctorado en Ciencias Sociales de IDES-UNGS me permitió aprender y hacerlo de la manera que siempre había soñado: todos en ronda, discutiendo sobre temas variados y apasionantes. Quiero agradecer particularmente a sus directores durante mi cohorte, Sandra Gayol y Silvio Feldman por estar presentes siempre que fue necesario. También a Elizabeth Jelin por sus enseñanzas y consejos en los talleres de tesis, los diferentes seminarios y a veces también en los pasillos. Además quiero agradecer a Sergio Visacovsky por ayudarme a pensar mi tema de investigación en los distintos seminarios cursados con él y en la defensa de mi proyecto de tesis, y por su predisposición para escuchar mis ideas y hacerme devoluciones todas las veces que fuera necesario. Gracias también a Pedro Nuñez, Vane y Sabri por acompañar en las pequeñas cosas cotidianas e indispensables.

Con el equipo de Saberes de Estado me incorporé a proyectos de investigación, a reuniones, a la organización de eventos científicos y aprendí sobre cómo hacer todo eso además de discutir sobre mi tema de investigación. Agradezco a Eduardo Zimmerman, Claudia Daniel, Valeria Gruchetsky, Cecilia González, Valeria Del Sel por hacerme parte de este grupo.

Apenas llegada a Buenos Aires formamos el Programa de Historia de los Saberes Psi, un espacio privilegiado para discutir cuestiones del campo, que en ocasiones se transformaba en un campo de batalla entre pro psicoanálisis y anti psicoanálisis. A partir de este espacio surgió la revista Culturas Psi y diferentes eventos que fueron de gran valor para mi formación. Agradezco los aportes y el compañerismo de Jimena Mantilla, Nicolás Viotti, Carlos Maffi, Luciano García, Piroška Csúri, Mauro Pasqualini, Jane Russo y Mariano Ruperthuz.

Una de las experiencias más lindas en estos últimos años, fue la creación del GIIF, donde encontré una forma de trabajar en ciencias sociales, pero principalmente un grupo humano muy especial. Agradezco a todos mis compañerxs, principalmente a Vicky Daona, Agu Triquell, Caro Dursi, Lu Dallaglio y Vero Milenaar. Quiero agradecer también a Gustavo Sorá y Alejandro Dujovne por incorporarme al Proyecto INTERCO-SSH, y confiar en mi trabajo para coordinar el grupo de disciplinas psi.

El último año y medio de mi doctorado pude conocer más de cerca el campo de la historia de la psiquiatría e insertar aquí mi trabajo. Esto sucedió gracias a una serie de eventos. En el 2014, el Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM, junto con el Fideicomiso Teixidor me otorgaron una beca doctoral para investigar en dicho instituto. Agradezco a su directora Ana Carolina Ibarra González y su secretario académico Martín Ríos Saloma, en nombre de todos los investigadores y el personal técnico del instituto por esta oportunidad, y por su amabilidad y acompañamiento en esta experiencia.

Además fui invitada a cursar durante cinco meses, primero de modo virtual y luego presencial un seminario sobre la historia de la clínica psiquiátrica, en el marco del Proyecto PAPIIT "Análisis cuantitativo de la población psiquiátrica del Manicomio La Castañeda, 1910-1968", a cargo de Andrés Ríos Molina, Teresa Ordorika y Cristina Sacristán. En este espacio leímos y discutimos profundamente sobre la historia de la locura y el quehacer de los psiquiatras. Agradezco los valiosos comentarios sobre mi investigación de los compañeros (especialmente Toño, Sandra, Ximena y los Alejos), y el espacio que me brindaron los coordinadores de dicho proyecto.

También quiero agradecer a algunas personas de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría, por dejarme ser parte de este espacio y por las preciosas contribuciones a mi investigación; principalmente Cristina Sacristán, Ana Teresa Venancio, Rafael Huertas, Ricardo Campos y Sandra Caponi.

Otras personas que han sido de suma importancia en este proceso, y con las cuales compartimos temas de interés fueron Jonathan Ablard, con quien un primer encuentro casual cuatro años atrás en el archivo y los intercambios epistolares de ahí en adelante fueron de gran ayuda y contención para este proceso de investigación; Marco Ramos, colega devenido amigo que leyó mis trabajos, pensó y proyectó conmigo; a Sean Brotherton y Fernando Betancourt, cuyos aportes y generosidad agradezco inmensamente.

Fui al AGN Intermedio prácticamente todos los días durante casi dos años. Las personas que trabajan allí hicieron mi trabajo más fácil, ameno y me hicieron sentir acompañada en el proceso solitario que significó enfrentar los documentos. Estoy eternamente agradecida con Elisabet Cipolletta, Mariana Nazar, Rocío Caldentey y todo el equipo.

Estos años nómades, que tuvieron como única constante el trabajo de investigación, me permitieron hacer amigos en distintas partes del mundo y para el resto de la vida; por suerte mi agradecimiento se los expreso cada vez que puedo. Jime Caravaca se convirtió en una de esas personas que trascienden distancias geográficas; ella y su Juan se convirtieron en mi familia porteña. Euge González, compañera-confidente, ha sido uno de los apoyos más importantes en este proceso, y mi gratitud será eterna. Gerardo Lara Cisneros se ocupó de mí desde que un amigo suyo le dio esa tarea en octubre del 2013, y es uno de los responsables de que sienta el DF como “casa”, junto con Pilar Giraldi y Aurelia Valero. Tere me dio casa, comida y amor aún antes de convertirse en mi amiga. Flavia Macías pasó de ser alguien que conocía de toda la vida, a una amiga incondicional que me ayudó en este proceso de principio a fin.

El “elenco estable” tucumano es constante e inquebrantable. Agu y Mariana son mis hermanas de la vida, viven mis alegrías y tristezas como propias y con ellas me siento “a salvo” siempre. Las participantes del “reducto porteño” (Silvi, Ponja y Lui), me acompañaron y apoyaron en las aventuras en la gran ciudad. La Gaby estuvo allá y acá pero principalmente estuvo, y la María José me dio su apoyo y muchas risas. Negra, Flá, Erikun, Juli, Lulú, Vero, Clara, Bettina, Gabriel, Yaris, Gaby González y su familia y Adriana son una gran excusa para nunca terminar de irme. Los pequeños, Matías, Agustina, Luca, Clementina y Nina son una dosis alta de endorfina y ponen todo en perspectiva.

Agradezco a mis abuelos por tantos años de amor incansable, por mostrarme el valor del estudio y por acompañar siempre mis ganas de aprender. A mi hermano Guillermo por todo su cariño, pero principalmente por hacerme notar el valor de mis logros cada vez que puede. Por último a mis padres, por enseñarme que las cosas se logran con esfuerzo, por darme las herramientas para encontrar mi libertad, y por acompañarme con tanto amor en la práctica de ésta.

INTRODUCCIÓN

En el proceso de incorporación y consolidación de la psiquiatría como disciplina médica en América Latina y en especial en la Argentina, ocurrido durante el largo siglo XX¹, el objetivo de este trabajo es analizar las formas de interpretar las patologías psiquiátricas, y actuar ante las mismas en hospitales de la provincia de Buenos Aires. Para el abordaje de esta problemática general y amplia, la presente tesis concentra su análisis en una institución hospitalaria psiquiátrica en especial, el hospital J.A. Esteves de Lomas de Zamora (institución para mujeres que fue un Anexo del Hospital Nacional de Alienadas hasta la década de 1940), dos patologías en particular, la demencia precoz y la esquizofrenia, y en un grupo de actores que se corresponde con los médicos psiquiatras que trabajaron en esa institución y una población completa de pacientes mujeres que fueron internadas hasta su fallecimiento en el hospital. El estudio se desarrolla entre el año de fundación del mencionado hospital (1908) y 1971, momento en el que finalizó el Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas desarrollado en la institución. Específicamente, se pretende explicar la relación entre las maneras de comprender la locura y la variedad de diagnósticos y tratamientos utilizados por los médicos para abordarla.

Para el desarrollo de esta compleja problemática, la presente investigación se apoya en la relación dialéctica e interactiva entre el contexto de posibilidades de interpretación de los psiquiatras pautado por la circulación de lecturas, de traducciones y producciones locales y el trabajo clínico psiquiátrico. En este marco consideramos que la mirada, interpretaciones y acciones terapéuticas de los actores centrales de esta investigación, los psiquiatras, no fueron asépticas ni estuvieron al margen de procesos sociales, prejuicios, valoraciones de

¹ Desde la segunda mitad del siglo XIX, los psiquiatras latinoamericanos fueron hallando su lugar dentro del campo médico y en la sociedad. Su trabajo se apoyó principalmente dentro de los asilos, con el dispositivo de tratamiento moral, y poco a poco fueron encontrando otros espacios de participación que le permitieron mayor prestigio social, particularmente el ámbito jurídico. Este sucedió dentro un proceso de consolidación de los Estados nacionales, que debieron ocuparse, entre otras cosas, de encontrar respuestas y contener al sector “no deseable” de la sociedad. Asimismo, Buenos Aires fue el lugar donde aparecieron los primeros hospitales psiquiátricos del país, y donde desempeñaron su labor los psiquiatras más destacados a nivel nacional. Véase Sacristán, C. (2009), “La locura se topa con el manicomio. Un historia por contar”, *Cuicuilco*, Vol. 16, n°45, pp. 163-188; Vezzetti, H. (1985), *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós.

género, étnicas o de clase; más bien estuvieron permeadas por un entorno social y cultural que modificó su desempeño profesional. Podemos denominar a esta relación dialéctica e interactiva como “ojo clínico”, categoría que, como tal, no se encuentra en el archivo; no es una realidad específica, más bien es una hipótesis de trabajo que usamos ya que nos permite articular distintos aspectos de lo que fue la vida en el hospital Esteves: las prácticas médicas, las teorías que se sostenían y algunos indicios sobre la vida de las personas que habitaban la institución. El “ojo clínico” fue así, un punto de llegada y no de partida de un recorrido de investigación².

Con relación a los actores centrales de esta investigación, las pacientes eran por lo general mujeres de bajos recursos, la mitad de ellas eran extranjeras, muchas de las cuales no hablaban español, y en todos los casos presentaron al momento de su ingreso un cuadro psiquiátrico más o menos agudo que generó la preocupación de su pareja, un familiar o alguna institución pública, quien decidió admitirla en un hospital psiquiátrico considerando que no se encontraba en condiciones de vivir una vida “normal”. Una vez internadas, estas mujeres sufrieron un proceso de cronificación hasta su muerte y sólo un número acotado de ellas recibieron algún tratamiento, el cual no les permitió la cura.

En lo que refiere a los psiquiatras, no pretendemos encontrar una mirada unívoca en el conjunto de los médicos dedicados a la salud mental, pues la psiquiatría fue y es un campo disciplinar compuesto por una diversidad de posiciones, teorías y explicaciones que se vinculan, asimismo, con criterios de

² Formulamos la noción de “ojo clínico” tomando como referente a Michel Foucault y su obra *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Allí el autor explica cómo en el paso del siglo XVIII al XIX, nacía en Francia una nueva medicina basada en la clínica, donde la observación en el campo concreto de la experiencia, era el asiento para entender el “arte de curar” y donde se entronizó al cuerpo en el proceso de comprensión de la enfermedad. Otros autores clásicos de la historia de la psiquiatría, entre ellos Germán Berrios junto a Roy Porter y Georges Lantéri-Laura, también sostienen que la psiquiatría fue, a lo largo de la historia, un conocimiento predominantemente clínico, ilustrado a su vez por otros saberes y orientado hacia la praxis terapéutica. Véase Foucault, M. (2001), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI; Lantéri-Laura G. (2000), *Ensayo sobre la historia de los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Tricastela; Berrios, (2008); Berrios, G. y Porter, R. (eds.) (2012), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, pp. 353-355.

tipo institucionales que cambian con el tiempo. El contexto en el cual desarrollaron su trabajo los médicos, fue el hospital. Por lo tanto, otro de nuestros objetivos es analizar el derrotero de la institución y el impacto de ese derrotero en los criterios clínicos. En este marco, se tienen en cuenta las influencias del Estado y de aquellas entidades o instituciones que en diferentes momentos se ocuparon del rumbo del hospital en estudio, como la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal.

Para la reconstrucción e interpretación del proceso por el cual los psiquiatras interpretaron la locura, y la abordaron desde la clínica, elegimos analizar específicamente los cuadros de demencia precoz y de esquizofrenia, que fueron los diagnósticos de psicosis paradigmáticos dentro de la psiquiatría de la última centuria. Nuestra elección responde a diversas razones. En primer lugar, como explica la historiografía especializada, los médicos utilizaron principalmente el diagnóstico de esquizofrenia en el siglo XX y el interés por éste realmente colonizó a la psiquiatría, tanto en el uso de dicha nosología en los ámbitos hospitalarios, como en las teorizaciones sobre la misma³. En segundo lugar, éstos fueron los diagnósticos cuantitativamente más representativos entre los casos clínicos que analizamos, lo que nos muestra el uso masivo que hicieron los psiquiatras de estas patologías. En tercer lugar, el desarrollo teórico sobre estos diagnósticos, nos permiten analizar cuestiones específicas de la mirada médica local: si se consideraron patologías diferentes o distintos modos de llamar al mismo cuadro mental; en qué autores europeos se apoyaron para elegir uno u otro de estos diagnósticos; y el proceso diacrónico del pasaje de demencia precoz a esquizofrenia, con momentos de superposición entre ellas. A partir de estas nosologías, intentamos reconstruir e interpretar las prácticas psiquiátricas de los médicos, mediante la puesta en diálogo del trabajo clínico y su correlato teórico.

Consideramos que el modo más apropiado para acercarnos a la clínica en el campo de la psiquiatría es a partir de los diagnósticos realizados a las pacientes. En particular, el primer encuentro con el médico, esa especie de *rito* en el que una serie de rasgos mentales se etiquetan bajo el nombre de una

³ A modo de ejemplo véase Novella, E. J. y Huertas, R. (2010), "El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia", *Clínica y Salud*, Vol. 21, n° 3, pp. 212-215.

patología mental y en el que la persona se convierte en enferma psiquiátrica. La interpretación de dichos síntomas y la elección del diagnóstico se llevaron a cabo a partir de un marco de significados que guio al médico, y a la vez, el acto de diagnosticar modeló ese marco. Consideramos que las mujeres “depositadas” en la institución acompañaron con sus vidas los vaivenes de las teorías y las prácticas, consideradas siempre como parte del *resto indeseable* de la sociedad.

A partir de los mencionados argumentos, las fuentes elegidas para abordar nuestro problema de estudio fueron las historias clínicas del Hospital Esteves, de pacientes fallecidas en el arco temporal que investigamos, y artículos médicos de autores que trabajaban en el campo psiquiátrico argentino. Las historias clínicas constituyen un lugar de registro que permite analizar cómo se configuró el trabajo de los médicos, e interpretar el impacto que produjo la internación y las prácticas psiquiátricas en el comportamiento de las pacientes. Nos enfocamos en dos aspectos que están presentes en las historias clínicas: el diagnóstico y las terapias. Para los diagnósticos, relevamos todos aquellos que se encuentran registrados, y nos centramos en el caso de estudio - demencia precoz y la esquizofrenia-. El objetivo de recuperar los tratamientos que se practicaron en el hospital radica en tratar de comprender cómo se procedió ante las patologías mentales en la institución hospitalaria, en particular en el Esteves, y qué formulaciones teóricas y conceptuales aparecían sobre ellas en los artículos médicos. La mirada médica, creemos, puede observarse también en el modo de describir los tratamientos.

Los diagnósticos y tratamientos quedaron registrados en expedientes cuya confección demuestra la interacción del psiquiatra con documentos y principios teórico-psiquiátricos que modificaron permanentemente sus nociones sobre las patologías y sus diseños protocolares para abordarlas. Toda esta información era abordada por el psiquiatra mediante la lectura y debate de artículos científicos específicos a los que accedía a través de textos europeos que llegaban, estancias de estudio por diversos países del viejo continente y en las producciones locales de sus colegas en las revistas médicas ocupadas de temáticas psiquiátricas. Por lo tanto, esta tesis toma estas últimas producciones científicas mencionadas como fuentes, y las analiza teniendo en cuenta lo siguiente: los médicos locales utilizaron conceptos foráneos para abordar,

interpretar y desarrollar sus investigaciones. Asimismo, estos principios fueron readaptados con gran plasticidad a las necesidades clínicas y las intenciones teóricas que se presentaban (articulando principalmente conceptos franceses y alemanes). En segundo lugar, estas producciones variaron según el momento de emisión y el tipo de patología al que se refería. Con respecto a la demencia precoz y la esquizofrenia, se trataba de una descripción técnica muy atada a la letra europea; en estos casos se hacía un esfuerzo por encajar los propios casos clínicos en estas lógicas producidas del otro lado del mar.

Marco teórico y estado de la cuestión

Las investigaciones desarrolladas en torno a la clínica psiquiátrica se concentraron, hasta el momento, en aspectos teóricos sobre la misma clínica, o que sustentan la formulación de diagnósticos pero no en su aplicación concreta⁴. En este caso, recuperamos para nuestro trabajo la propuesta realizada por la historiografía de la historia cultural de la psiquiatría que sostiene que el desafío actual en esta disciplina es el trabajo sobre la clínica psiquiátrica. Esto implica una historia “desde abajo” que se aproxime más fielmente a lo que aconteció en los espacios de práctica más allá de las construcciones teóricas y la relación entre ambas.

Destacamos en este apartado los antecedentes utilizados para los principales problemas de nuestra investigación, particularmente las nociones de “ojo clínico”, de diagnóstico psiquiátrico, los hospitales vinculados al campo de la salud mental, las terapias y las prácticas psi. Para realizar esta investigación nos ubicamos en el campo disciplinar de la historia de la psiquiatría y tomamos ciertas herramientas de la historia de la salud y la enfermedad y de los saberes psi.

Como ya referimos en la primera parte, tomamos como referente a Michel Foucault en su obra *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, para construir nuestra noción de “ojo clínico”. En esta obra clásica escrita en la década de 1960, el autor explica cómo en el paso del siglo XVIII al XIX, nacía en Francia una nueva medicina basada en la clínica. En este marco,

⁴ Huertas, R. (2001), “Historia de la psiquiatría. ¿Por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”, *Frenia*, Vol. 1, n° 1, pp. 9-36; (2012), pp. 149-176.

el aprendizaje del “arte de curar” se hacía a partir de la observación y por lo tanto el hospital era entendido como un lugar de enseñanza en el campo concreto de la experiencia⁵. Aquí Foucault ubica la mirada como elemento sustancial y criterio de verdad para que la medicina devenga ciencia. En este proceso, las categorías nosológicas empezaron a generarse a partir de la observación directa, ya no desde la teoría. Explica Foucault que en la experiencia clínica se abrió un espacio: el cuerpo tangible, y destaca cómo la anatomía patológica comenzó a tener relevancia en la conceptualización de enfermedades, entronizando así el cuerpo y el trabajo clínico⁶.

Otros autores clásicos de la historia de la psiquiatría como Germán Berrios junto a Roy Porter y Georges Lantéri-Laura también se ocuparon de este período denominado el modelo moderno de enfermedad y de la relevancia de la anatomía patológica en el proceso de la clínica psiquiátrica. También sostienen que la psiquiatría fue, a lo largo de la historia, un conocimiento predominantemente clínico, ilustrado a su vez por otros saberes y orientado hacia la praxis terapéutica⁷. Por su parte Rafael Huertas estudia el discurso psiquiátrico del siglo XIX, al que considera el siglo de la clínica -desde el nacimiento del alienismo hasta la descripción de la esquizofrenia en 1911-, con la intención de analizar lo que llama “teoría de la práctica”. Busca entonces aproximar la producción discursiva de la psiquiatría a las necesidades diagnósticas y terapéuticas de los psiquiatras⁸. De este modo, más allá de las retóricas doctrinales, es preciso reconocer el esfuerzo de los clínicos por dotar a su práctica de un armazón teórico psiquiátrico-psicopatológico que se debe analizar en profundidad⁹. Pero en este proceso, las estrategias profesionales, los intereses políticos, las características concretas del espacio en el que desarrollaba su trabajo clínico, son todos factores que también motivaron la

⁵ Foucault (2001), pp. 101-102.

⁶ Foucault (2001), pp. 171-199.

⁷ Lantéri-Laura (2000); Berrios (2008); Berrios, G. y Porter, R. (eds.) (2012), pp. 353-355.

⁸ Berrios y Porter (2012), pp. 353-355; Lanteri-Laura (2000), pp. 137-139; Huertas (2004), pp. 9-23.

⁹ Huertas, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*, Madrid, Los libros de la catarata, pp. 191-192.

formulación del saber psicopatológico y particularmente de ciertas categorías diagnósticas¹⁰.

En las últimas décadas cobró relevancia, dentro del campo de la historia de la psiquiatría, una rama de gran referencia para nuestro trabajo, particularmente para comprender la creación de diagnósticos, la historia conceptual de la psiquiatría, con German Berrios y la escuela de Cambridge a la cabeza¹¹. Esta rama busca historizar la psicopatología descriptiva y reconstruir una semiología psiquiátrica¹². Desde esta perspectiva, la psicopatología descriptiva se considera una entidad conceptual que proporciona una interrelación dinámica entre el observador y el fenómeno psicopatológico. Berrios historiza la psicopatología descriptiva desde la primera mitad del siglo XIX, primero en Francia y luego en otros países como Alemania. La necesidad de clasificar y registrar las afecciones mentales en los hospitales generó el marco para la construcción de esta disciplina que estuvo influenciado por las diversas teorías psicológicas y los paradigmas médicos¹³. Este autor sostiene que la historia de la psicopatología se rige por dos metáforas: en una se pinta al clínico catalogando plantas en un huerto (lo que implica la invarianza ontológica), en la otra se lo ve como escultor cincelandando formas en la materia informe, creando “formas clínicas”. La primera lo pone en un lugar de “descubridor”, la segunda lo ubica como “creacionista”, en cuyo caso el contexto influye de modo más claro. Sostiene Berrios que la historia actual de la psiquiatría se ha visto más influenciada por esta última imagen y desde esta perspectiva es que elegimos investigar¹⁴. Como veremos en el desarrollo de la tesis, estas descripciones psicopatológicas europeas del siglo XIX y XX fueron recuperadas, modificadas y utilizadas por los psiquiatras locales con gran flexibilidad según los rasgos propios de la psiquiatría local.

¹⁰ Huertas (2012), pp. 93-95.

¹¹ Este autor dirige la revista *History of Psychiatry*, que es la publicación más importante de habla inglesa en esta corriente historiográfica.

¹² Lantéri-Laura sostiene que para comprender signos posibles en la clínica, es preciso saber que la psiquiatría fue construyendo un tesoro semiótico acumulativo en la historia de la psiquiatría. Lantéri-Laura (2000), p. 28.

¹³ Huertas (2012), pp. 125-127.

¹⁴ Berrios (2008), p. 37.

En este marco, destacamos la noción de diagnóstico psiquiátrico como un constructo cultural, atravesado por la historia¹⁵. El análisis del lugar que tuvo la locura en una sociedad permite entender cuáles fueron los parámetros de “normalidad” en ésta. De este modo, la ubicación de un conjunto de síntomas como una enfermedad mental por parte de la psiquiatría implicaba una ruptura con lo social, no única y necesariamente una lesión orgánica. Así, el trabajo clínico fue parte de la cultura de cada época. Las etiquetas y diagnósticos fueron cambiando según el contexto o los intereses y conocimientos imperantes del gremio en cada caso, pero lo que se mantuvo intacto fue la búsqueda de los médicos por el “monopolio” sobre la locura¹⁶. Además, consideramos en este proceso que el “ojo clínico” también estuvo ligado a posibilidades de descripción en cada contexto y de la realidad material con que se contaba, por lo que los psiquiatras debieron manejar los principios de incertidumbre ante el sujeto que tenían enfrente, de una manera particular según las herramientas teóricas de su disciplina y el desarrollo tecnológico de la profesión.

Como describe la historiografía, en su afán de devenir ciencia, la psiquiatría agrupó, clasificó y generalizó cuadros patológicos que se manifestaban en cada sujeto de una manera diversa. Así, la disciplina hizo un esfuerzo por quitar la singularidad del sujeto y comprender el cuadro clínico como entidad que tiene una historia. A partir de aquí, se pudo introducir la estadística en la medicina y particularmente en la psiquiatría para ubicarse como ciencia¹⁷. Hallamos este proceso como una elaboración cultural que tuvo características particulares por lo complejo, singular y cambiante de aquello que teorizó y porque –a diferencia de otras producciones científicas– no era sólo una

¹⁵ Desde la historia cultural de la psiquiatría, Fernando Colina entiende por cultura a los modos de vida de una época en relación con las creencias, las técnicas, las costumbres, el arte, el derecho o los códigos morales vigentes. Véase Álvarez, J. M. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, p. 11.

¹⁶ Huertas (2012).

¹⁷ Caponi, S. (2011a), “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *Dynamis*, Vol. 32, n° 1, pp. 185-207; (2011b), “Para una estadística universal: Un debate sobre la primera Clasificación internacional de enfermedades mentales (1888-1889)”, *Frenia*, Vol. 11, pp. 67-88; Grob, G. (1991), “Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, n° 4, pp. 421-431.

cuestión teórica, sino que había un sujeto sufriente en este fenómeno y una necesidad como profesión de calmar un dolor o de controlar cierto “peligro social”. En este marco de desarrollo del saber médico en general y de la disciplina psiquiátrica en particular es que se debe entender el desarrollo diagnóstico de los siglos XIX Y XX.

En la historiografía local, son pocos los trabajos que se ocupan particularmente de los diagnósticos utilizados en la clínica psiquiátrica. Aún más complejo es encontrar trabajos sobre este aspecto en los hospitales y de la psicosis en particular¹⁸. Por lo general, la historiografía argentina se centraliza en los estudios sobre las grandes líneas teóricas psiquiátricas (como el alienismo, el degeneracionismo, la higiene mental, etc.), y de personajes destacados en la *genealogía* nacional de la disciplina (como Lucio Meléndez, Domingo Cabred, Cristofredo Jacob, José Ingenieros, Gregorio Bermann, Enrique Pichon Rivière, entre otros). La cuestión de los diagnósticos aparece en estos trabajos a pesar de no ser el tema central, ya sea por ejemplo con relación a las influencias francesas presentes en el país, o a la vinculación de ciertos cuadros mentales con peritajes psiquiátricos¹⁹. Como veremos más adelante, el tema de mayor

¹⁸ Sobre el uso de ciertas nosologías y el lugar de éstas en los ámbitos psiquiátricos de Buenos Aires y de algunas provincias, véase Gentile, S. (2000), “La institución de la psiquiatría en Rosario. Reconstrucción histórica de su trama ideológica (1927-1940)”; “Psicoanálisis y medicina” y “La invención del psicólogo en la Argentina (1954-1960)”, en Gentile, S. A., *Ensayos históricos sobre psicoanálisis y psicología*, Rosario, Fundación Rosso; Stagnaro, J. C. (2005), “Lucio Meléndez y el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina (1870-1890)”. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; Ferrari, F. J. (2012), *Entre el dispositivo psiquiátrico y la disciplina monacal: una historia genealógica de las primeras lecturas de la psicopatología freudiana en Córdoba (1758-1930)*, Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología; (2015), “Historia cultural de la psiquiatría en Córdoba, Argentina: recepción y decadencia de la neurastenia”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n° 5 (2015), pp. 288-309. En las investigaciones que se ocupan del campo psicoanalítico es más común el trabajo sobre histeria, pero a partir de ciertos personajes destacados dentro de la teoría psicoanalítica en general.

¹⁹ Sólo para mencionar algunos trabajos destacados: Vezzetti, H. (1985), “El discurso psiquiátrico”, en Biagini, H. (compil.), *El movimiento positivista argentino*, Buenos Aires, Editorial de Belgrano; (1991), “Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas”, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. II, n° 3, pp. 59-61; Hugo Vezzetti trabaja algunas cuestiones vinculadas a la posición de Pichon Rivière sobre la psicosis Vezzetti, H. (1996), *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon Rivière*, Buenos Aires, Paidós; Stagnaro, J. C. (1990), “Diego Alcorta y la manía aguda: preliminares de la

producción teórica en el país está relacionado con el psicoanálisis y la psicología.

Por otra parte, el hospital se constituyó en uno de los ejes destacados de nuestro trabajo. A nivel mundial, éste ha sido contextualizado en la consolidación de los Estados modernos. A la necesidad de afirmar cierta moral y orden social se contraponía la amenaza que ciertos individuos implicaban para estas ideas. Estos sujetos fueron patologizados y puestos a cargo de un gremio que poco a poco comenzó a tomar forma: los psiquiatras²⁰. Encontramos también otras miradas para la región, como el caso mexicano,

psiquiatría en la Argentina”, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. I, n° 1), pp. 57-63; (2006), "Domingo Cabred en Perú: política diplomática y ciencia argentinas en el ámbito latinoamericano”, trabajo presentado al VII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, La Plata, Argentina; Matusevich, D. (1998), “José Ingenieros y sus escritos sobre sexualidad en el nacimiento de la prensa psiquiátrica en la Argentina”, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 3, pp. 3-21; Weissmann, P. (1999), “Francisco de Veyga. Prolegómenos de la clínica criminológica en la Argentina”, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 7, pp. 3-17; (2001), “Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina”, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 12, pp. 3-19; y el de Conti, N., Fernández de Agüero, J. M. y Alcorta, D. (1997) “Ideología y locura en el Río de la Plata”, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 2, pp. 3-47; Terán, O. (1987), *Positivismo y nación en la Argentina*, Buenos Aires, Puntosur; López Pasquali, L. (1965), *Christfried Jacob, su obra neurológica, su pensamiento psicológico y filosófico*, Buenos Aires, López Libreros, p. 59; Orlando, J. C. (1996), *Christofredo Jacob, su vida y su obra (1866-1946)*, Buenos Aires, Mundi; Klappenbach, H. (1999), “Los orígenes de la Liga de Higiene Mental”, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 19, pp. 3-17; Plotkin, M. (2003), *Freud en las pampas*. Buenos Aires, Sudamericana; en breve se publicará un libro de este autor sobre José Ingenieros

²⁰ Mencionamos sólo algunos trabajos que siguen esta línea teórica y que son muy utilizados por la historiografía: Castel, R. (1980), *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta; Foucault, M. (2000), *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica; (2001), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI; Goldstein, J. (1987), *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press; Grob, G. (1983), *Mental Illness and American Society, 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press; (1994), *The Mad Among Us: A History of the Care of American's Mentally Ill*, Cambridge, Harvard University Press; Álvarez-Uría, F. (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets; Melling, J. y Forsythe, B. (2006), *The Politics of Madness. The State, Insanity and Society in England, 1845-1914*, Londres, Routledge.

donde el desarrollo del manicomio más importante (La Castañeda) tuvo lugar en un momento de debilidad estatal y sin un gremio psiquiátrico consolidado²¹. Dentro de lo que la literatura especializada relata sobre el lugar de los asilos, nuestro hospital en estudio parece haber sido, según lo que revela su carta fundacional, el “resto del resto”, un espacio creado para trasladar pacientes que no podían ocupar un lugar en el asilo de la capital, el Hospital Nacional de Alienadas (HNA). Foucault relata que los hospitales pasaron a ser para los psiquiatras espacios geográficos donde se concentraban los cuerpos de los pobres. Cuerpos que iban a permitir construir estadísticas y conocimientos; así el hospital fue el lugar para ver las enfermedades en estos sujetos en su tránsito hacia la muerte²². A pesar de que estudios han complejizado esta mirada sobre los hospitales psiquiátricos en el siglo XX, han podido encontrar agencia en sus pacientes y en sus familias, los han descrito en ocasiones como lugares de tránsito y no como el destino final de los enfermos²³, nuestro caso de estudio presenta rasgos que se acercan a esas miradas del hospital como institución total y fue aplastante para con las subjetividades de sus pacientes. El trabajo de Erving Goffman entonces, nos resulta una referencia obligada. El autor desarrolla su teoría sobre las instituciones totales, a las que explica como lugares de residencia y de trabajo donde gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Su desarrollo hace especial hincapié en los internos de los hospitales psiquiátricos, y se propone exponer una versión sociológica de la

²¹ Ríos Molina, A. (2009), *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El colegio de México, p. 27

²² Foucault (2001).

²³ Para Gladys Swain, el manicomio y el tratamiento moral funcionaron como una terapéutica de la persona en la reconstrucción de la individualidad del sujeto, sin proyecto represor de relegación de la locura. Huertas (2012), p. 56. Véase Swain, G. (1994), *Dialogue de l'insensé*, París, Gallimard. Para un estado de la cuestión extenso sobre dichas posturas historiográficas véase Sacristán, C. (2009), “La locura se topa con el manicomio. Un historia por contar”, *Cuicuilco*, Vol. 16, n°45, pp. 163-188. Para Latinoamérica, tomamos el ejemplo del hospital mexicano La Castañeda, donde la historiografía demostró, por un lado, el papel protagónico de la familia en las admisiones y altas de los pacientes, y por otro, que el promedio de años de internación de los pacientes era menor a dos años, por lo tanto se trataba más de un lugar de paso que de una institución generadora de cronicidad. Sobre un análisis cuantitativo de este caso véase Ríos Molina (2009).

estructura del yo, en una normatividad que estaba implícita en la práctica aunque no se encontrara objetivada, y en una relación en la que uno mandaba y el otro obedecía, ya que la voz del psiquiatra era indiscutible²⁴.

En nuestro país, la obra de Hugo Vezzetti de la década de 1980, marcada por una mirada foucaultiana, investigó sobre la historia de la locura focalizándose en el siglo XIX y la primera parte del siglo XX; es decir, se ubicó en un contexto de formación del Estado nacional en el cual se buscaba una transformación y cierta moralidad de la población (concepto desarrollado por el higienismo y la medicina mental). Así vinculó la enfermedad mental con aspectos de la peligrosidad social y cómo ésta había sido objeto de prácticas y discursos médicos²⁵. En este cuadro, la investigación desarrolla el lugar del hospital como dispositivo del alienismo pineliano²⁶, escenario de la terapia moral, y la posición del alienista en este espacio. Así el autor marca los rasgos del alienismo local, concepto que nos sirve para vincular con la creación y las primeras décadas del hospital que analizamos.

Para nuestro trabajo hubiera sido ideal contar con documentos administrativos que nos permitan armar una historia del hospital en el marco de la historia de la salud pública. Pero nuestra investigación ha sido construida a partir de fragmentos sobre la historia de las pacientes, de sus médicos y del hospital en sí, con importantes vacíos de datos institucionales y de personal (especialmente después de la década de 1940). De igual modo a partir de la categoría de “ojo clínico” hemos podido hilvanar de modo indirecto elementos propios de la institución, ya que el devenir de las mujeres y de las prácticas

²⁴ Goffman, E. (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, p. 13.

²⁵ Vezzetti, (1985)

²⁶ Pinel fue considerado el referente más destacado de un primer modelo psiquiátrico: el alienismo. Se lo tomó como el primero que rompió con las descripciones botánicas y que tomó el resto racional del loco para tratarlo. Una vez ubicada la población de alienados en los asilos, era preciso pensar en las estrategias: así surgió el tratamiento moral. A partir de esta propuesta sentó las bases del alienismo, de acuerdo con el cual el manicomio era un espacio terapéutico en sí mismo. Si éste era bien administrado, si existían rutinas, entonces era un espacio que curaba. La función del alienista no era solamente una función clínica, también cumplía funciones a nivel administrativo y debía ser funcional al hospital. De este modo el alienismo tenía una concepción de la enfermedad mental y una propuesta institucional. En esta propuesta, el trabajo debía ser una herramienta que marcara el vínculo con el exterior y así se pensaba que se tranquilizaba la locura. Véase Sacristán (2009); Huertas (2012); Lantéri-Laura (2000), entre otros.

realizadas, dependían de las diversas políticas de salud pública que fueron sucediendo. Sin embargo, para comprender las dinámicas de las instituciones hospitalarias en el país y vincular estos antecedentes con los documentos que contamos, usamos producciones del campo historia de la salud y la enfermedad, que tiene una importante producción historiográfica en nuestro país²⁷. Es por ello que tomamos instrumentos de algunas de sus obras más importantes, por ejemplo, estudios sobre las políticas públicas, los grupos profesionales, las identidades individuales y colectivas alrededor de la salud, que buscan en muchos casos ir más allá de la concepción biologicista de las enfermedades. Dentro de este campo podemos identificar tanto a algunos autores que desarrollan las ideas sobre el darwinismo social, la eugenesia o la biotipología, como teorías científicas vinculadas con el evolucionismo, la ideología dominante de la burguesía y las ideas económicas liberales. Estos autores explican que algunas de ellas, como la del darwinismo social y la eugenesia, estuvieron vigentes en nuestro país y en otros lugares de Latinoamérica hasta luego de finalizada la Segunda Guerra mundial²⁸. Mientras tanto, otros sostienen que se debe ir un poco más allá de las teorías y remarcan la necesidad de pensar la historia de la salud a partir de las instituciones, e investigar los vínculos y las relaciones de poder entre sus representantes y los pacientes internados. Es decir, se pretende mirar las prácticas más allá de los discursos oficiales²⁹.

Además, visitamos la producción teórica sobre la relación entre el Estado argentino y el asistencialismo para comprender el papel de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal en la creación del hospital que investigamos,

²⁷ Acerca del estado actual del campo de la historia de la salud y la enfermedad, véase Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2014), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Biblos, pp. 9-23.

²⁸ Miranda, M. y Vallejo, G. (comps.) (2005), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno; Palma, H. (2004), "La eugenesia en la Argentina", *Saber y Tiempo*, Vol.5, n° 17, pp. 61-95.

²⁹ Di Liscia, M. S. (2008), "Reflexiones sobre la 'nueva historia' social de la salud y la enfermedad en la Argentina", en Carbonetti, A. y R. González Leandri (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina*, Córdoba, UNCCEA, pp. 15-47; Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (eds.) (2005), *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo.

y la vinculación entre estas dos instituciones hasta la década de 1940³⁰. Destacamos particularmente el libro de Valeria Pita sobre el hospicio de mujeres “La Convalecencia” (luego HNA). En esta investigación, entiende al hospital como un escenario donde se plasman debates políticos y luchas de poder, la formación del Estado y de los saberes de Estado, de los agentes que manejan sus instituciones, entre otros. En él se describen, además, el desarrollo de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal a través del derrotero del hospital y la vinculación de esta institución con los procesos políticos nacionales y provinciales³¹.

Otro de los ejes que desarrollamos en esta tesis son las terapias que practicaron los psiquiatras en el hospital (malarioterapia, lobotomía, terapias de shock, psicofármacos, etc.). La literatura especializada sobre esta temática que tuvo más relevancia para nuestro trabajo fue la anglosajona. Utilizamos trabajos de algunos autores que se ocuparon de reconstruir la aparición de dichas terapias, la expansión de éstas en su país de origen (principalmente de

³⁰ Sobre este tema destacamos algunos textos que fueron relevantes para nuestro trabajo. Véase González, R. (1984), “Caridad y filantropía en la ciudad de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX”, en Barrán, J. P. et al. (eds.), *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires, CLACSO, pp. 251-258, esp. p. 253; Pita, V. (2007), “Cabellos largos, ideas cortas. Las difíciles relaciones entre las mujeres de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y los médicos porteños. 1880-1905”, en Bravo, M. C., Gil Lozano, F. y Pita, V. (comps.), *Historia de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina siglo XIX y XX*, Tucumán, EDUNT, pp. 15-51; (2009), “Política, conflictos y consensos en torno al brazo asistencial del Estado argentino. La Sociedad de Beneficencia de la Capital, 1880-1910”, en Eraso, Y. (comp.), *Mujeres y asistencia social en Latinoamérica, siglos XIX y XX. Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay*, Córdoba, Alción; Ortiz Bergia, M. J. (2012), “Asistencia benéfica y gobiernos peronistas en Córdoba”, en Biernat, C. y Ramacciotti, K. I. (eds.), *Políticas sociales entre demandas y resistencias, Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, pp. 67-96; Guy, D. (2000), “La verdadera historia de la Sociedad de Beneficencia”, en Moreno, J. (comp.), *La política social antes de la política social: caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires. Siglos XVII a XX*, Buenos Aires Trama-Prometeo, 321-338; Guy, D. (2011), *Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar. Caridad y creación de derechos en Argentina*, Buenos Aires, Prometeo; Lorenzo, M. F., Rey, A. L. y Tossounian, C. (2005), “Images of Virtuous Women: Morality, Gender and Power in Argentina between the World Wars”, *Gender & History*, Vol. 17, n° 3, pp. 567-592; Golbert, L. (2008), “Las políticas sociales, antes y después de la Fundación Eva Perón”, en Barry, C., Ramacciotti, K. I. y Valobra, A. (eds.), *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos, pp. 11-40; entre otros.

³⁰ Pita, V. (2012), *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria.

³¹ Pita, V. (2012), *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria.

Europa occidental) y luego en Estados Unidos, y el impacto que tuvo el uso de estos tratamientos en el campo psiquiátrico³². En la historiografía local, no encontramos una producción sistemática sobre estas terapias en particular³³. Con excepción de algunos estudios destacados sobre psicofármacos, por lo general los trabajos científicos consideran estos tratamientos dentro de otras problemáticas de estudio, particularmente las relaciones entre la terapia psicoanalítica y el uso de psicofármacos³⁴.

El último tramo de esta investigación analiza una experiencia de Comunidades Terapéuticas que se llevó a cabo en el hospital Esteves y que marcó un cambio

³² Véase por ejemplo, Shorter, E. (1997), *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Nueva York, John Wiley and Sons; Brown, E. M. (2000), "Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the insane?", *History of Psychiatry*, Vol. 11, n° 4, pp. 371-382; Villasante, O. (2003), "La malarioterapia en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva: Primeras experiencias en España", en Fuentenebro, F., Huertas, R. y Valiente, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 175-188; Doroshov, D. B. (2007), "Performing a Cure for Schizophrenia: Insulin Coma Therapy on the Wards", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Vol. 62, n° 2, pp. 213-243. Otros autores destacados que consideraron estas terapias como objeto de estudio fueron Scull, A. (1994), "Somatic Treatments and the Historiography of Psychiatry", *History of Psychiatry*, n° 5, pp. 1-12; Braslow, J. (1997), *Mental ills and bodily cures: psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*, California, University of California Press, pp. 135-151; Grob, G. (1991), *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America* Princeton, Princeton University Press, p. 127; Sadowsky, J. (2005), "Beyond the Metaphor of the Pendulum: Electroconvulsive Therapy, Psychoanalysis, and the Styles of American Psychiatry", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Disponible en <http://jhmas.oxfordjournals.org/> (02/10/2014); Raz, M. (2008), "Between the Ego and the Icepick: Psychosurgery, Psychoanalysis, and Psychiatric Discourse", *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 82, n° 2, pp. 387-420; entre otros.

³³ Existen en nuestro país diversos análisis socioantropológicos que describen y problematizan la experiencia y la construcción del conocimiento psi a través de la documentación de las prácticas de grupos profesionales, el uso y las redefiniciones de categorías psiquiátricas-psicológicas y las experiencias biográficas de pacientes. Algunos trabajos, como el de Andrew Lakoff, exploran los procesos de psicologización y farmacologización de la vida cotidiana por medio del análisis de los patrones y estilos de consumo de medicamentos psicotrópicos. Aunque los tomamos como herramientas teóricas imprescindibles para la interpretación del campo psiquiátrico, conocemos la relevancia de ubicarnos en las posibilidades de pensamiento y producción de cada momento histórico y no hacer un trabajo histórico desde una perspectiva actual. Véase Lakoff, A. (2004), "The Anxieties of Globalization: Antidepressant Sales and Economic Crisis in Argentina", *Social Studies of Science*, Vol. 34, n° 2, pp. 247-269; (2005) *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Nueva York, Cambridge University Press.

³⁴ Sólo destacamos dos obras clásicas de este campo: Plotkin, M. (2001); *Freud in the Pampas. The Emergence and Development of a Psychoanalytic Culture in Argentina*, Stanford University Press, California, Vezzetti (1996a).

radical en el “ojo clínico” psiquiátrico. A partir de esta experiencia, analizamos la presencia de psicoterapias, el impacto del psicoanálisis y la psicología comunitaria, la incorporación de otros profesionales de salud en el hospital. Fue sobre estos temas que encontramos la mayor producción historiográfica nacional. Los estudios de la historia de los *saberes psi* han abordado en profundidad la psicología y el psicoanálisis en la Argentina. Algunos trabajos fueron los primeros en armar una genealogía de estas disciplinas en el país³⁵. Alejandro Dagfal, por ejemplo, hizo mayor hincapié en la formación del psicólogo como profesional y en la recepción de los saberes psi especialmente de Francia e Inglaterra³⁶. También se pueden hallar numerosas investigaciones sobre la periodización del desarrollo de la disciplina psicológica en el país y su vinculación con otras ciencias³⁷. En esta misma línea, otras explican el

³⁵ Balán, J. (1991), *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*, Buenos Aires, Planeta; Carpintero, E. y Vainer, A. (2004), *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*, tomos I y II, Buenos Aires, Topía; Klappenbach, H. (2006), “Periodización de la Psicología en Argentina”, *Revista de Psicología*, Vol. 27, n° 1, pp. 109-164; Plotkin, M. (2003), *Freud en las pampas*, Buenos Aires, Sudamericana; Vezzetti, H. (1992), *El campo de la psicología a la luz de su historia*, Buenos Aires, Departamento de publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

³⁶ Dagfal, A. (2009), “Entre Paris et Buenos Aires la construction des discours psychologiques en Argentine (1942-1966)”. Tesis de Doctorado, Directora: É. Roudinesco. Francia, Universidad de París VII - Denis Diderot, escuela doctoral “Économies, espaces, sociétés, civilisations”.

³⁷ Klappenbach (2006); Vezzetti (1992). Algunas de las tesis doctorales dedicadas a estas problemáticas son: Klappenbach, H. A. (2001), “La psicología en Buenos Aires, entre 1940 y 1957”, Director: H. M. Vezzetti, Tesis de Doctorado en Historia Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Dagfal, A. (2009), “Entre Paris et Buenos Aires la construction des discours psychologiques en Argentine (1942-1966)”, Tesis de Doctorado, Directora: É. Roudinesco, Francia, Universidad de París VII - Denis Diderot, escuela doctoral “Économies, espaces, sociétés, civilisations”; Rossi, L. (2004), “Consideraciones sobre la subjetividad en los argentinos contemporáneos, 1920-1960”, Tesis de Doctorado en Psicología, Directores: Dr. A. Vilanova y Gerardo Mazur, Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; Piñeda, M. A. (2006), “La Psicología Neoescolástica Experimental en Argentina y España: 1920-1960”, Tesis de Doctorado en Psicología, San Luis, Universidad Nacional de San Luis, Facultad de Ciencias Humanas; Talak, A. M. (2008), “La invención de una ciencia primera. Los primeros desarrollos de la psicología en la Argentina (1896-1919)”, Tesis de Doctorado en Historia, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Acuña, C. (2009), “La recepción del estructuralismo francés en el campo intelectual argentino de los años sesenta”, Tesis de Doctorado en Psicología, Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; Scherman, P. (2010), “De las prácticas experimentales de la psicología a la profesión de psicólogo, Universidad Nacional de Córdoba 1900-

necesario intercambio con la producción de saberes del extranjero, y sitúan el desarrollo de la psicología en la Argentina dentro de una realidad latinoamericana y mundial más amplia³⁸. Es también importante la producción historiográfica abocada al estudio de la historia del psicoanálisis en el país, sus líneas teóricas, su vinculación con la salud mental, etcétera³⁹. La circulación del psicoanálisis en espacios legos fue principalmente analizada por Mariano Plotkin, así como el vínculo de la psiquiatría con el psicoanálisis en nuestro país⁴⁰. Como antecedente fundamental para entender la experiencia de Comunidades Terapéuticas, nos remitimos al trabajo de Sergio Visacovsky sobre la experiencia del hospital Gregorio Aráoz Alfaro –el servicio de psicopatología de “El Lanús”–, y su relación con la historia política. Este trabajo enfatiza la construcción y legitimación de una memoria institucional y abarca un

1960”, Tesis de Doctorado en Psicología, Córdoba, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba; Vallejo, M. S. (2012), “Las teorías hereditarias del siglo XIX y el problema de la transmisión intergeneracional. Psicoanálisis y biopolítica”, Tesis de Doctorado en Psicología, La Plata, Universidad Nacional de La Plata; Ferrari, F. (2013), “Entre el dispositivo psiquiátrico y la disciplina monacal: una historia genealógica de las primeras lecturas de la psicopatología freudiana en Córdoba (1758-1930)”, Tesis de Doctorado en Psicología, Córdoba, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba; García, L. N. (2013), “La recepción de la psicología soviética en la Argentina: lecturas y apropiaciones en la psicología, psiquiatría y psicoanálisis (1936-1991)”, Tesis de Doctorado en Historia, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Gallegos, M. (2013), “Historia de la psicología y formación de psicólogos: un análisis sociohistórico, bibliográfico y curricular de la psicología en Rosario (1955-2005)”, Tesis de Doctorado en Psicología, Rosario, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. .

³⁸ Plotkin, M. y Neiburg, F. (comps.) (2004), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós.

³⁹ Dagfal, A. (2009), *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*, Buenos Aires, Paidós; Plotkin, M. (2003), *Freud en las pampas*, Buenos Aires, Sudamericana.

⁴⁰ Plotkin (2003); Plotkin, M. (ed.) (2003), *Argentina on the couch. Psychiatry, State and Society, 1880 to the present*, Albuquerque, University of New Mexico Press. Un rasgo particular de la producción historiográfica local es el análisis de personajes destacados del campo psicoanalítico. Entre otros, podemos mencionar a los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), José Bleger, Mauricio Goldemberg, Oscar Masotta, etc. Además de las obras ya mencionadas, véase por ejemplo Plotkin, M. (2011) “José Bleger: Jew, Marxist and Psychoanalyst”, *Psychoanalysis and History*, Vol. 13, pp. 181-205; García, G. L. (1991), *Oscar Masotta y el psicoanálisis castellano*, Buenos Aires, Puntosur; Vezzetti, H. (comp.) (1989), *Freud en Buenos Aires, 1910-1939*, Buenos Aires, Puntosur.

proceso de cambios “modernizadores” en los servicios psiquiátricos con la presencia del psicoanálisis⁴¹.

Por último, la temática de las Comunidades Terapéuticas nos remite a una problemática recientemente trabajada por la historiografía acerca de la relación entre las coyunturas políticas del país y el desarrollo del trabajo psi. En el estudio de Jonathan Ablard, el interés principal está puesto en la cuestión social, legal, ideológica y médica de las personas consideradas locas. La historia de la psiquiatría se entiende como un estudio de caso dentro de un proceso de formación del Estado y su vinculación con la población. Aunque su trabajo se inicia en el siglo XIX, llega a abarcar esta etapa, y va describiendo los diversos escenarios por la que atravesó la salud mental en el país. Además, son diversas las investigaciones sobre la relación entre los gobiernos dictatoriales y la recepción psicoanalítica. Hay posturas como las de Andrew Lakoff y Enrique Carpintero y Alejandro Vainer, que se acercan a la mirada de la autora francesa Elizabeth Roudinesco, quien sostiene que el psicoanálisis sólo puede existir en un país con derechos legales que aseguren la transmisión del conocimiento. Ellos consideran que, en la Argentina, la violencia dictatorial implicó una represión para ciertas prácticas psi y el amparo de otras, como la psiquiatría biológica⁴². Una mirada diferente para el caso de la Argentina—según la cual en algunos casos personajes del gobierno militar utilizaron la teoría psicoanalítica y apoyaron la creación y funcionamiento de espacios psi— fue trabajada principalmente por Mariano Plotkin y retomada por Marco Ramos⁴³.

⁴¹ Visacovsky, S. (2002), *El Lanús, memoria política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires, Alianza.

⁴² Lakoff, A. (2005), *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Nueva York, Cambridge University Press, p. 150; Carpintero y Vainer (2004), tomo2, p. 11; Roudinesco, E. (1994), *Généalogies*, París, Fayard; (2001), *Why Psychoanalysis?*, Nueva York, Columbia University Press, p. 123.

⁴³ Plotkin M. (2012), “The diffusion of psychoanalysis under conditions of political authoritarianism. The Case of Argentina 1960s and 1970s”, en Damousi, J. y Plotkin, M. (eds.), *Psychoanalysis and politics. Histories of psychoanalysis under conditions of restricted political freedoms*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 185–208; Ramos, M (2013), “Psychiatry, Authoritarianism, and Revolution: The Politics of Mental Illness during Military Dictatorships in Argentina, 1966-1983”, *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 87, n° 2, pp. 250-278.

Metodología y fuentes

Esta tesis combina una aproximación cualitativa y una cuantitativa a nuestro objeto de estudio. La mirada cuantitativa sobre el conjunto de la población (pacientes mujeres que murieron en el Hospital de Lomas de Zamora entre 1908 y 1971) fue el disparador indispensable para pensar los temas desarrollados en la tesis, los cuales hemos tenido que profundizar, lógicamente, con otras fuentes.

La aproximación cualitativa implicó la utilización de la información de las historias clínicas para entender cómo se consideró a las pacientes psiquiátricas, cómo fueron los procedimientos clínicos que se practicaron sobre ellas (diagnósticos y terapias), y para describir las generalidades de la institución, principalmente las características de la vida cotidiana. Además, sirvió para destacar en los expedientes médicos casos que muestren agencia en las pacientes; cuán representativos fueron estos en relación con el total de las pacientes, pudimos saberlo a partir de los resultados del análisis cuantitativo. El cruce entre el análisis cuantitativo y el cualitativo nos permitió hallar un escenario doble en el hospital en estudio: a partir del análisis cuantitativo el hospital mostró rasgos de una institución total y por medio del análisis cualitativo encontramos agencia en algunas pacientes.

Desde nuestra perspectiva de análisis, las historias clínicas fueron construcciones que nos permiten visualizar formas de edificación de la práctica psiquiátrica. Por lo tanto, el acervo de fuentes conformado por 4.058 expedientes médicos elaborados en el período que abarca desde 1895 hasta 1987, nos sirvió para generar una base de datos compuesta por información personal de las pacientes (procedencia, año de ingreso, nacionalidad, ocupación y año de defunción, etc.) y procedimientos clínicos que se les aplicaban (diagnósticos y terapias, principalmente). Trabajamos en profundidad con 1.331 casos, alrededor de la tercera parte del total de historias clínicas disponibles.

Entre los datos analizados, algunos fueron más destacados en nuestro trabajo en relación con las preguntas que planteamos. Principalmente nos apoyamos en los diagnósticos, tomando como caso de estudio la demencia precoz y la esquizofrenia. Además, entre los datos personales de las pacientes,

destacamos ciertos rasgos: en primer término, tomamos en consideración su nacionalidad, para poder repensar la relación entre locura e inmigración. En segundo término, la fecha de admisión, para llevar a cabo una lectura diacrónica de continuidades y cambios a partir de los diagnósticos realizados. En tercer término, la fecha de defunción, para ocuparnos de la cuestión de la cronicidad, a partir de conocer la cantidad de años que estuvieron internadas. El papel de las historias clínicas en nuestra investigación ha tenido un lugar tan relevante que dedicamos el primer capítulo a explicar cómo fue el trabajo con las fuentes, cómo se convirtieron en motor para pensar el objeto de estudio, cuál fue la metodología pensada para su análisis y que otras fuentes se necesitaron para relacionar con la información que los expedientes médicos brindaban.

Buscamos además encontrar un correlato en otras fuentes de la información brindada por las historias clínicas, sosteniendo que la construcción del “ojo clínico” psiquiátrico se genera en una relación dialéctica entre ambos frentes de trabajo. A partir de historiografía especializada, entendemos que el espacio de la clínica empezó a informar y, con ello, se comenzó a modificar la teoría. Es por esta retroalimentación entre la clínica y la teoría que creemos relevante ubicarnos desde ambos campos para nuestra investigación. Relevamos todas las revistas nacionales que incluyeron artículos sobre los cuatro cuadros de psicosis que más se repitieron en los diagnósticos del hospital (demencia, delirio, demencia precoz y esquizofrenia) durante todo el período en estudio. Encontramos un total de 198 artículos distribuidos en 17 revistas. Rastreamos también libros y tesis doctorales sobre estos cuadros de psicosis realizadas en el período. De este modo analizamos producciones teóricas de psiquiatras argentinos particularmente sobre las psicosis, tomando como caso de estudio la demencia precoz y la esquizofrenia (al igual que en los expedientes médicos). En la lectura de la producción teórica también repetimos el modelo de analizar desde el aspecto cuantitativo cuántos artículos encontramos sobre la temática y cuál fue su distribución en el tiempo, y a partir de un análisis cualitativo investigamos su contenido.

Por último, fue preciso contextualizar el hospital en estudio durante el tiempo que abarca esta investigación. Esto se llevó a cabo a partir del análisis de otras

fuentes como las Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, diversos periódicos locales y nacionales, entrevistas, etc.

Organización del trabajo

Para el abordaje de los problemas señalados, nuestro trabajo se organiza en cinco capítulos. El capítulo 1 se ocupa de explicar cómo se formuló el problema de investigación de esta tesis, la forma de interpretar y actuar ante las patologías mentales, por parte de los psiquiatras en Buenos Aires entre 1908 y 1971. Se describe cómo esta investigación tuvo su punto de partida en el encuentro con las historias clínicas, cómo se construyó el objeto de investigación a partir de las preguntas que estas fuentes despertaron, cuál fue la metodología pensada para encarar este trabajo, qué otras fuentes fueron necesarias para responder a nuestras preguntas de investigación, cómo se combinó el trabajo con las diversas fuentes, cuál fue el uso de la cronología que se precisó para responder al objeto de estudio y por qué elegimos el punto de inicio y de fin de la tesis. Además este capítulo destaca la importancia de investigar la clínica psiquiátrica a partir de los expedientes médicos para el campo de la historia de la psiquiatría. En este punto, planteamos un debate con la historiografía que se ocupa de estas temáticas y marcamos las virtudes y las limitaciones de trabajar con estas fuentes.

El capítulo 2 se ocupa de analizar el modo en que se configuró el hospital de Lomas de Zamora. Este análisis se sostiene en el funcionamiento del hospital como anexo del HNA, pero también como institución hospitalaria en sí misma. Se estudia cómo surge la institución y con qué finalidad fue creada, cómo funcionó en relación con la motivación que llevó a su creación y en qué medida se fue alejando de este primer propósito pensado para ella. También se considera el papel de la Sociedad de Beneficencia en la apertura y crecimiento del hospital de Lomas de Zamora hasta la década de 1940, y los cambios sucedidos en la institución en las décadas de 1950 y 1960.

El capítulo 3 se ocupa de la población del hospital. Se analizan los diagnósticos de estas mujeres, principalmente los de aquellas que fueron definidas con demencia precoz y esquizofrenia, para rastrear cómo fue la mirada y la acción de los psiquiatras en las prácticas médicas con pacientes crónicas. Además, se

indaga sobre cómo afectó la cuestión de la *gran inmigración* a la institución de referencia, y al modo de entender la patología mental, pues hasta casi mediados del siglo XX, más de la mitad de las pacientes eran extranjeras. Se estudian además las complicaciones que había al diagnosticar debido a las diferencias culturales e idiomáticas entre médicos y pacientes. Por último, se reconstruye la vida cotidiana en la institución, haciendo especial hincapié en la soledad y la violencia con que convivieron estas mujeres.

El capítulo 4 analiza cómo se entendieron, debatieron y manifestaron en nuestro país los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia desde la teoría; cuál fue la relación entre ambos desde las diversas posturas y cómo fue el cambio en el tiempo de un diagnóstico a otro, con un período de superposición en el uso de ambos. Se pone la lupa en los artículos publicados en las revistas médicas, algunos libros y tesis doctorales, como dispositivos para comprender las ideas de los psiquiatras sobre las patologías y su interpretación de las lecturas extranjeras. En relación con el capítulo anterior, este análisis permite rastrear la relación dialéctica entre la teoría y la práctica de los psiquiatras en dos escenarios bien diferenciados: el conformado por el ámbito académico, representado por estas producciones teóricas, que circulaban por el “centro”, y el del hospital, que conformaría la “periferia”, representado por los expedientes médicos (analizado en el capítulo 3).

El capítulo 5 trata sobre diversas terapias psiquiátricas que fueron aplicadas al grupo de pacientes del Hospital Esteves que se analiza a lo largo de esta tesis. Se estudia cómo se llevaron al hospital los tratamientos vigentes en el mundo, cómo se utilizaron las nuevas tecnologías que llegaban a la institución y qué vinculaciones hubo entre los tratamientos y los diagnósticos psiquiátricos. Una segunda parte del capítulo está conformada por el relato y análisis sobre la experiencia de Comunidades Terapéuticas en el Hospital Esteves entre 1969 y 1971. Abordada como hito para cerrar esta investigación, porque se considera que fue en este espacio donde se presentó otro modo de entender la enfermedad mental y el trabajo psiquiátrico, que marcó un quiebre y que fue una experiencia de vanguardia –entre otras que sucedieron en el país– para lo que sería la psiquiatría argentina desde los años setenta en adelante.

CAPÍTULO I

El uso de las historias clínicas. Una puerta de entrada a la clínica

1.1- Introducción

En este capítulo nos ocupamos de explicar cómo se formuló el problema de investigación de esta tesis, la formación del “ojo clínico” psiquiátrico en Buenos Aires entre 1908 y 1971. Nuestro trabajo de investigación surgió a partir del encuentro con el archivo: las historias clínicas del hospital José A. Esteves de Lomas de Zamora. Ante la presencia de más de 4000 expedientes médicos que nunca habían sido trabajados en profundidad –ya que distintos investigadores los habían visitado pero habían preferido no utilizarlos en su totalidad por las complicaciones que traían aparejadas–, se nos presentó un desafío y muchos interrogantes. Describimos aquí cómo fue el punto de partida de esta investigación, con el hallazgo de las historias clínicas, qué metodología se pensó para encarar este trabajo, qué otras fuentes fueron necesarias para responder a nuestras preguntas de investigación, cómo se combinó el trabajo con ellas, qué cronologías se precisó utilizar y por qué elegimos el punto inicio y de fin de la tesis.

Además, iniciamos este capítulo con un análisis sobre la importancia que, para el campo de la historia de la psiquiatría, tiene investigar la clínica psiquiátrica a partir de las historias clínicas. En este punto, planteamos un debate con la historiografía que se ocupa de estas temáticas y marcamos tanto las virtudes como las limitaciones de trabajar con estas fuentes. En relación con este tópico sostenemos que, a pesar de la riqueza de esta fuente para los estudios de la clínica psiquiátrica, no es posible generalizar su utilización, ya que cada institución presentó expedientes médicos con rasgos propios, realizó un uso particular de éstos y tuvo distintas posibilidades e intenciones de conservación.

1.2- Las historias clínicas: sus riquezas y limitaciones

Esta investigación sigue la propuesta de trabajo planteada por Rafael Huertas, quien sostiene que uno de los desafíos actuales de la historia de la psiquiatría es averiguar las características de las prácticas psiquiátricas a lo largo de la historia. Un relato que marque las diferencias entre lo que los médicos decían

en sus tratados y lo que realmente hacían, el grado de cumplimiento de las normativas, las características de los modelos establecidos, etc. Desde esta perspectiva, toda enfermedad es considerada una construcción social y lo que cada sociedad reconoce cómo tales construcciones son variables histórica y culturalmente dependientes⁴⁴.

Huertas sostiene también que este trabajo implica el estudio, entre otras fuentes, de las historias clínicas⁴⁵, y señala que su elaboración se ha ido modificando según los avatares de la ciencia médica y también de acuerdo con los cambios técnicos y sociales que fueron sucediendo. De este modo, estos registros muestran líneas teóricas que se deben identificar, también permiten análisis propios de la historia social, como la demografía y la epidemiología histórica, y ponen de manifiesto las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los paradigmas imperantes⁴⁶. Además, estas fuentes nos permiten aprender cuestiones concretas de las instituciones, su administración, su funcionamiento, los tipos de ingresos, la relación con otros establecimientos u otras instancias públicas⁴⁷.

Otra propuesta de Rafael Huertas que seguimos en nuestra investigación es el estudio de un caso total y el uso combinado de un conjunto de historias clínicas

⁴⁴ Huertas, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*, Madrid, Los libros de la catarata, p. 31.

⁴⁵ Huertas (2012), 150.

⁴⁶ Huertas (2012), 8.

⁴⁷ Sobre otros estudios con historias clínicas véase McKenzie, C. (1985), "Social factors in the admission, discharge, and continuing stay of patients at Ticehurst Asylum. 1845-1917", en Bynum, W. F., Porter, R. y Shepherd, M. (eds.), *The Anatomy of Madness*, vol, 2, pp. 147-174; Beveridge, A. (1995), "Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908", *History of Psychiatry*, n° 6, pp. 21-54 y 133-157; Renvoize, E. B. y Beveridge, A. W. (1981), "Mental illness and the late Victorians: a study of patients admitted to three asylum in York, 1880-1884", *Psychological Medicine*, n° 19, pp. 19-28; Chárlez, C. y Pau, J. (1994), "La historia clínica psiquiátrica al llarg del s. XX en l'Institut Pere Mata de Reus", *Gimbernat*, Vol. 21, n° 1, pp. 102-108; Angosto, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), "Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas", *Siso/Saude*, n° 31, pp. 17-30. Este mismo trabajo apareció también en VV. AA. (1997), *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 61-88; Delgado, M. (1986), "Los veinte primeros años del manicomio de Leganés", *Asclepio*, n° 38, pp. 273-297; Moro, A. y Villasante, O. (2001), "La etapa de Luis Simarro en el Manicomio de Leganés", *Frenia*, Vol. 1, n° 1, pp. 97-119; Villasante, O. (1999), "El Manicomio de Leganés. Debates científicos y administrativos en torno a un proyecto frustrado", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n° 19, pp. 469-479.

distribuidas en el largo plazo. Desde esta propuesta diacrónica, se considera que se puede establecer la evolución de criterios diagnósticos y terapéuticos, así como una epidemiología de la locura en contextos históricos y geográficos concretos, que podrán ser comparados con otros estudios⁴⁸. Otro elemento destacado que brinda este documento es la posibilidad de conocer la individualidad de los pacientes y la manera en que el especialista relata su quehacer clínico mediante las descripciones psicopatológicas⁴⁹.

Por las características específicas de nuestras fuentes, hemos tenido que plantear algunos caminos diferentes a los que encaró el autor. A pesar de orientarnos en la propuesta de Huertas para el uso de la fuente, en nuestro acervo documental encontramos diferencias y particularidades que nos llevaron a priorizar otros temas de investigación. Luego de analizar el contenido de las fuentes, concluimos que la información que se podía extraer de ellas no era la misma en todos los casos. Por este motivo, sostenemos que, a pesar de ser muy valioso y de abrir nuevas instancias de investigación sobre las prácticas psiquiátricas, el trabajo con historias clínicas requiere partir de un principio de incertidumbre que juega en contra de la generalización de su uso, puesto que, como señalábamos antes, en cada institución se vivieron realidades administrativas y clínicas diferentes, se realizaron las admisiones y seguimientos de diversas maneras y por distintas personas y/o profesionales, se registró de manera particular tanto la presencia familiar como la evolución de los pacientes, entre otros múltiples factores.

Encontramos otros dos trabajos que se asemejan al que estamos presentando en el campo de la historia de la psiquiatría actual: los casos de La Castañeda, en México, y el del Hospital Leganés, en España⁵⁰. Éstos nos permiten

⁴⁸ Huertas (2012), 152.

⁴⁹ Huertas (2012), 156.

⁵⁰ Los trabajos referidos a esta temática son: Ríos Molina, A. (2009), *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), "El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939): Población manicomial y prácticas asistenciales", Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid; Conseglieri Gámez, A. M. (2014), "El manicomio Nacional del Leganés en la Posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínicos asistenciales", Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina; Proyecto PAPIIT "Análisis cuantitativo de la población psiquiátrica del Manicomio La Castañeda, 1910-1968", a cargo del Dr. Andrés Ríos Molina, Dra.

contextualizar nuestra tesis y discutir nuestros hallazgos. Las diferencias y semejanzas respecto de estas dos investigaciones permitirán destacar las principales características de nuestro caso de estudio e iluminar algunas decisiones metodológicas y conceptuales que hemos tomado.

En los tres casos, se realizan análisis cuantitativos de la población hospitalaria. En los estudios mexicano y español, se trabajó principalmente con la información de libros de registros de las instituciones, es decir, las memorias donde se registraban las admisiones de las pacientes. Además, estos registros presentan información con la que nosotros no contamos, como por ejemplo la edad de las pacientes al momento de su admisión. Para el caso del Esteves, la confección de la base de datos tuvo que realizarse a partir de las historias clínicas.

Asimismo, el “mundo de los locos” es diferente entre estos casos y el nuestro: ambas investigaciones trabajan con un universo de pacientes hombres y mujeres, mientras que el nuestro está conformado particularmente con mujeres. Además las otras investigaciones cuentan con información más completa sobre el movimiento de sus poblaciones en estudio, ya que cuentan con los registros de ingresos, altas, defunciones, etc., mientras nuestra población está compuesta por mujeres que fallecieron en el hospital. De este modo, los trabajos de nuestros colegas mexicanos y españoles pueden responder mejor a problemas como la eficacia de la terapéutica, la participación de la familia en la internación de las pacientes, mientras que el nuestro cuenta con más elementos para responder preguntas sobre la cronicidad hospitalaria y los derroteros clínicos en internaciones largas.

Por último, para el caso europeo, fue hallada una línea teórica seguida por la totalidad de los psiquiatras al momento de elegir un diagnóstico –las ideas de Emil Kraepelin–; mientras que para los casos latinoamericanos se registró un absoluto eclecticismo teórico y plasticidad entre los médicos, que, al momento de diagnosticar, combinaron líneas teóricas diversas⁵¹.

Teresa Ordorika y Dra. Cristina Sacristán. Tuvimos la posibilidad de intercambiar ideas sobre nuestras investigaciones en el marco del V Encuentro de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría, llevado a cabo en diciembre de 2014, en la mesa “Historiando el manicomio”.

⁵¹ Este tema será desarrollado en profundidad en el capítulo 4.

Este tipo de análisis fino sobre las historias clínicas nos brinda las especificidades del caso, pero a la vez nos habla tanto de las limitaciones como de las distintas posibilidades que otorga el uso de estas fuentes. Creemos preciso conocer los documentos en profundidad para entender qué tipo de trabajo se puede realizar con cada caso y qué otros documentos será preciso consultar. Entendemos que el hallazgo de distintas posibilidades de investigación se producirá sólo a partir de los avances en el campo y de las diversas investigaciones que se realicen utilizando esta fuente como principal instrumento. Esperamos que nuestra investigación contribuya con este campo y que las especificidades y limitaciones del caso permitan estar atentos a no generalizar el uso de los expedientes médicos. Con qué otros documentos se crucen estas fuentes también dependerá del objeto de estudio, además de las capacidades concretas de conseguir material, pues son pocos los casos en los que sólo las historias clínicas puedan responder a la pregunta de investigación.

1.3- El camino de las fuentes al problema

El encuentro con las historias clínicas fue distinto a lo que habíamos imaginado. En un principio pensamos que nuestro trabajo iba a girar alrededor de historias de vida, es decir, que tomaríamos algunos casos interesantes para desarrollar diversos aspectos de la institución y de la vida de las mujeres internadas. Luego del relevamiento del gran número de historias clínicas y de la información que brindaban vimos que en ellos había más vacíos que datos en lo relativo a los derroteros personales de las pacientes. Esto nos llevó a hacernos nuevas preguntas. Fue entonces que comenzamos un camino que podríamos definir como “de las fuentes al problema”, intentando identificar en ellas la información relevante que nos permitiera trabajarlas de un modo más profundo que el descriptivo. Esta información fue principalmente la de los diagnósticos registrados en las admisiones de las pacientes.

Esto fue un disparador para entender que lo más valioso que nos ofrecían era el registro mismo que se producía en las historias clínicas, y que éste nos hablaba más de la mirada que los médicos tenían sobre las pacientes que de ellas mismas. Así decidimos centrar la tesis en el modo de entender y proceder del psiquiatra ante la locura durante gran parte del siglo XX. Tomamos

particularmente como caso de estudio la demencia precoz y esquizofrenia, las dos patologías más numerosas en el hospital y las más relevantes de la psiquiatría en la última centuria.

Consideramos necesario complementar la información clínica con la producción científica de los médicos, ya que de este modo encaramos el análisis sobre dos caras de un mismo problema: lo que dice la teoría y lo que sucedía en el Esteves. Por lo tanto, además de las historias clínicas, elegimos el dispositivo de artículos en revistas médicas o tesis doctorales, como documentos para tratar de entender cómo se manifestó ese “ojo clínico” en el ámbito teórico.

Esta información fue complementada con diversas fuentes que sirvieron para integrar los datos que teníamos, así como para dotarla de contexto para la tesis, a pesar de no responder siempre a la pregunta central, se trata de las Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, censos, prensa escrita y entrevistas.

1.4- Fuentes

1.4.1- Introducción a las fuentes

Para el caso del Esteves, los documentos tenían su propio derrotero. Este acervo documental había sido “rescatado” por el equipo de trabajo del AGN Intermedio luego de pasar muchos años en un mueble de la Facultad de Psicología de la UBA⁵². Este equipo se ocupó de organizar y generar las mejores condiciones posibles para su conservación. De pronto advertimos que tanto el archivo como las historias que estos documentos contaban compartían el significado de haber sido olvidados, y nos propusimos contribuir a modificar este simbolismo al utilizar las historias clínicas y emprender el trabajo lento pero valioso de recuperar el derrotero clínico de estas mujeres. Por tratarse de registros personales, no nos permitieron digitalizar el material y debimos utilizar nombres falsos al hablar de las pacientes a lo largo del trabajo.

⁵² Este fondo documental había sido donado en primera instancia al “Programa de Estudios Históricos de la Psicología en la Argentina”, dependiente de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Luego, el 28 de enero de 2000, en cumplimiento de la legislación vigente, fue transferido a la sede del Departamento Archivo Intermedio perteneciente al Archivo General de la Nación, Paseo Colón 1093 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), donde hoy se conserva.

A nuestro entender, las historias clínicas del hospital son una “puesta en escena” generada por el dispositivo de admisión y seguimiento hospitalario, el discurso médico, los protocolos legales vinculados a la medicina y la burocracia propia de la institución. Así, entendemos a las historias clínicas como construcciones culturales que respondieron al cruce de ideas teóricas vigentes en cada momento histórico, a ciertas necesidades administrativas de la política de turno y a las singularidades de quienes las escribían. Al tratarse de una “puesta en escena” se debe entender que no necesariamente reflejan de manera exacta lo que sucedía en la institución, sino aquello que se consideraba que se debía registrar; fue nuestra tarea reconstruir estos procesos más allá de lo propiamente dicho. Un ejemplo claro de este hecho es una anécdota situada en la década de 1970 que nos relató una psicóloga que trabaja en la institución, de una mujer que murió congelada por haberse quedado afuera de los pabellones durante toda la noche, y cuyo registro muestra simplemente que falleció por complicaciones cardiorrespiratorias, sin hacer alusión alguna a la coyuntura que derivó en su muerte⁵³.

Existen debates historiográficos acerca de la posibilidad de recuperar la voz de pacientes psiquiátricos a partir de diversas fuentes, entre ellas las historias clínicas. Mientras algunos trabajos sostienen la presencia de una polifonía en los expedientes médicos (los relatos de los pacientes, la instancia remitente, los médicos)⁵⁴, otros hablan de un silencio estructural que es preciso considerar para llevar adelante cualquier investigación en este tipo de población⁵⁵. Desde nuestra perspectiva, abordar las historias clínicas desde una metodología cuantitativa es una puerta de entrada para paliar los silencios de las pacientes, un modo de hacer “historia desde abajo”. Los datos masivos y en el largo plazo permiten conocer información sobre ellas, aunque su voz no esté presente en los documentos. Los datos principales que encontramos

⁵³ Entrevista realizada por la autora a J. M., psicóloga de la institución, 17 de junio de 2013.

⁵⁴ **Ríos** Molina, A. (2009), “El Manicomio General La Castañeda en México”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. DOI: 10.4000/nuevomundo.50242. Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/50242> (09/02/2015).

⁵⁵ Sobre los silencios en las historias clínicas véase Gorbach, F. (2011), “¿Dónde están las mujeres de La Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio, 1910”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. DOI: 10.4000/nuevomundo.61046. Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/61046> (09/02/2015).

fueron el diagnóstico consignado, si recibieron tratamiento y cuál fue, cómo se las describió a partir de sus comportamientos, cómo se destacaron e interpretaron sus síntomas, qué procedimientos se siguieron en los casos de pacientes que no hablaban castellano, quién las llevó hasta el hospital, entre otros.

Sabemos que la voz directa de la paciente prácticamente no está presente en nuestras fuentes y se perdió para siempre⁵⁶. Lo que se registra es un discurso del saber médico sobre los dichos de la mujer o de quienes la llevaban a la institución. Se pueden escuchar las voces de los médicos o de quienes las registraban, que estaban atravesadas por una teoría y un posicionamiento ante la clínica por parte del psiquiatra, y es con este registro con el que podemos trabajar.

Para el caso del hospital de Lomas de Zamora, la falta de firmas en la mayor parte de las historias clínicas hasta las últimas décadas de nuestra investigación sugiere la existencia de una sola voz: la del psiquiatra, pero algunos indicios nos hacen pensar que hubo más de una. Por ejemplo, hay historias clínicas que tienen diferentes caligrafías, otras que incluyen fichas específicas de enfermería, otras que tienen anotaciones realizadas en los horarios en los que no estaban los médicos. Estas últimas refieren principalmente a situaciones violentas que sucedían en el hospital y que obligaban a tomar decisiones terapéuticas que se consignaban en los expedientes médicos, como la aplicación de psicofármacos, *restraint* o ampollas de leche⁵⁷.

Por otra parte, algunas pocas fuentes permiten analizar la agencia de las mujeres en una institución hospitalaria psiquiátrica estatal que se ocupó de la locura⁵⁸. Si analizamos casos aislados y excepcionales para el común de las

⁵⁶ Las cartas de pacientes y familiares –que serían muestra de la voz directa de estos personajes– fueron encontrados de manera excepcional y están presentes dentro de un número acotado de ellas.

⁵⁷ En las entrevistas realizadas a quienes trabajaron en el hospital, nos contaron que hasta la década de 1980, la presencia de médicos en los pabellones, era sólo durante la mañana hasta el mediodía, el resto del día estos espacios quedaban a cargo de enfermeras, personal de seguridad y las monjas, cuando todavía formaban parte de la institución.

⁵⁸ McGovern, C. (1986), "The Myths of Social Control and Custodial Oppression: Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth Century Institutions", *Journal of Social History*, Vol. XX, n° 1, pp. 3-23; Prestwitch, P. (1994), "Family strategies

pacientes, encontramos mujeres que reaccionaban ante las imposiciones hospitalarias, como ya mencionamos. Este tipo de lecturas se acerca más a lo que nos cuentan los desarrollos actuales de la historia cultural de la psiquiatría, los que se alejan de la mirada del hospital como espacio de control social. Pero al realizar trabajo cuantitativo con el general de población institucional y en el largo plazo, hallamos una mayoría de pacientes crónicas, que vivieron varias décadas hasta su muerte sin recibir tratamiento alguno. Esta última descripción hace del hospital una institución total al estilo de Goffman, tal como veremos en el desarrollo de los capítulos. Por lo antes expuesto, es que fue preciso llevar a cabo ambas lecturas de las fuentes. Este hecho nos lleva a pensar que los análisis que se desprendan de las historias clínicas dependerán también de la cantidad de registros que se analicen, y refuerza nuestra propuesta de ir más allá de lo anecdótico en casos aislados, hacia el análisis de una población total.

1.4.2- Historias clínicas

Nuestra fuente principal de trabajo está compuesta por 4058 historias clínicas elaboradas en el período que abarca desde 1895 hasta 1987. Pertenecen a pacientes que fallecieron en el hospital Esteves de Lomas de Zamora durante el período en estudio. Estas historias clínicas se encuentran depositadas en el Departamento Intermedio del Archivo General de la Nación. Trabajamos en profundidad con 1.331 casos, alrededor de la tercera parte del total disponibles, y consideramos que son representativos del total de la población. Los expedientes médicos se encuentran archivados aleatoriamente en 180 cajas llamadas legajos, sin un orden fácilmente identificable (ni cronológico ni por pabellones).

En una "historia clínica modelo" del hospital Esteves se podían consignar los siguientes datos: nombre, diagnósticos, nacionalidad, estado civil, año de ingreso, de defunción, ocupación, religión y descripción de su cráneo (en las primeras décadas de la institución), procedencia, información sobre quien la había llevado al hospital, estado mental al momento del ingreso, condiciones

and Medical Power: 'Voluntary' Commitment in Parisian Asylum, 1876-1914", *Journal of Social History*, Vol. XXVII, n° 4, 1994, pp. 799-818; Adair, R., Melling, J. y Forsythe, B. (1997), "Migration, family structure and pauper lunacy in Victorian England: admissions to the Devon County Pauper Lunatic Asylum, 1845-1900", *Continuity and Change*, Vol. 12, n° 3, pp. 373-401.

físicas generales, terapias practicadas, medicamentos y test psicológicos aplicados, entrevistas psicológicas realizadas, visitas de asistentes sociales a los hogares, seguimiento clínico general y psiquiátrico, estudios efectuados (dental, de sangre, oftalmológico, etc.), descripción de problemas en los pabellones, quehaceres realizados, fotos de la interna al llegar y durante su internación (generalmente por algún alta transitoria) y especificación sobre su condición de pensionista o indigente. Los expedientes médicos presentaban también documentos adjuntados, como cartas y documentos de identidad. Además se describían los juicios de insania que se les realizaban a las pacientes.

De los 1331 expedientes médicos analizados en profundidad, ninguno presenta el total de la información descripta para esta “historia clínica tipo”. En el desarrollo de nuestra investigación hemos podido encontrar distintos datos que han sido útiles para articular las diversas temáticas de los capítulos.

El elemento principal que utilizamos para el desarrollo de esta tesis fueron los diagnósticos psiquiátricos registrados. En las historias clínicas del Esteves –como el general de los casos en Latinoamérica–, los diagnósticos usados por los psiquiatras eran teóricamente eclécticos y dependían de cada médico a cargo de realizar la admisión. Los psiquiatras parecen haber usado y mezclado las ideas de médicos europeos según sus necesidades para explicar diversos cuadros y para prestigiar la disciplina local con referencias europeas⁵⁹. Fue así que encontramos alrededor de 230 diagnósticos diferentes entre las pacientes del hospital⁶⁰.

El dato sobre la nacionalidad de las pacientes nos permitió realizar análisis cuantitativos y cualitativos sobre la relación entre inmigración y locura, la implicancia de la nacionalidad para el “ojo clínico” psiquiátrico y algunas comparaciones entre pacientes argentinas y extranjeras. Al mismo tiempo, las fechas de ingreso y defunción nos permitieron analizar los años de internación de las pacientes y por lo tanto, su cronicidad, así como algunas relaciones entre esta periodización y los diagnósticos y los tratamientos. Las fotos también fueron una herramienta para analizar la cronicidad de las pacientes a partir del

⁵⁹ Volveremos sobre la cuestión de los diagnósticos para el caso del Hospital Esteves y desarrollaremos quién fue Emil Kraepelin en el capítulo 4 de la tesis.

⁶⁰ Véase Tesoro completo de diagnósticos en el Anexo N° 3.

deterioro que puede apreciarse entre la fotografía al momento de ingreso a la institución y aquella tomada con posterioridad.

Las descripciones sobre el estado mental y clínico de las mujeres al momento del ingreso y los seguimientos durante su internación nos permitieron entender cómo se las evaluaba, qué características se registraban y con qué frecuencia. Además, las diversas fichas (psicológicas, sociales, de enfermería) nos permitieron conocer qué nuevas disciplinas que se fueron incorporando al mundo hospitalario durante el arco temporal elegido, y el seguimiento profesional que recibieron las mujeres.

Los datos sobre terapias, tests y entrevistas psicológicas realizadas, y sobre la medicación prescrita nos permitieron armar un elemento fundamental de la praxis psiquiátrica: los tratamientos hospitalarios. Esta información permitió también conocer la capacidad tecnológica del hospital para llevar a cabo dichas prácticas (por ejemplo, para la realización de psicocirugías).

La vida cotidiana de las pacientes en el hospital, la conflictiva convivencia entre ellas y con el personal a cargo, se reconstruyeron a partir de las descripciones de las escenas en los pabellones y la descripción de la realización de diversos quehaceres de limpieza y mantenimiento de la institución. La condición socioeconómica de las mujeres, por otra parte, se pudo rastrear tanto por la información sobre cómo llegaban a la institución y quiénes las traían como el dato sobre si eran o no pensionistas.

La presencia de mujeres activas que se oponían desde los pocos lugares que podían a las leyes internas de hospital (ya sea en sus intentos de fuga o usando la fuerza para resistirse a un procedimiento hospitalario), es preciso rastrearla a partir de las descripciones de escenas vividas en el hospital. Las cartas a familiares, por ejemplo, solicitando dejar la institución, también muestran agencia de las mujeres, pero sólo encontramos una carta entre todos los casos analizados en profundidad. Aunque no podemos aseverar que sea la única carta en todo el acervo de fuentes, la falta de otros documentos similares nos lleva a pensar que no se trataba de una práctica común, o que no fueron guardadas.

A pesar de este vasto conjunto de datos, hubo información que no encontramos en los expedientes, o que no fue trabajada para la tesis. Las historias clínicas no cuentan con el dato sobre la edad de ingreso de las

pacientes, aunque para algunos pocos casos para los que contamos con foto de admisión, se puede analizar si se trataba de una mujer joven o mayor. Los juicios de insania –que merecen un estudio aparte– no fueron considerados para este trabajo porque no respondían al eje central del estudio, los diagnósticos psiquiátricos. Según la lectura que hicimos de estos documentos, consideramos que es posible analizar la relación de las familias con la institución y la agencia de las primeras ante hospital.

1.4.3- Artículos médicos

La segunda fuente más importante con la que trabajamos para nuestra investigación fueron artículos médicos nacionales, para entender el “ojo clínico” de los psiquiatras en sus producciones teóricas, quiénes fueron los referentes internacionales que se destacaron entre colegas y los diagnósticos utilizados en cada época. Relevamos todas las revistas nacionales que incluyeron artículos sobre los cuatro cuadros de psicosis que más se repitieron en los diagnósticos del hospital (demencia, delirio, demencia precoz y esquizofrenia) durante todo el período en estudio. Encontramos un total de 198 artículos distribuidos en 17 revistas⁶¹. Rastreamos también libros y tesis doctorales sobre estos cuadros de psicosis realizadas en el período. Estas publicaciones se encuentran en el Archivo de la Facultad de Medicina de la UBA y en la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, las dos instituciones más relevantes y con mayor información sobre la temática en Buenos Aires.

Una vez analizados todos los artículos, y con el fin de escudriñar el “ojo clínico” de los médicos argentinos, nos centramos únicamente en las producciones de psiquiatras de nuestro país para el análisis del contenido de los trabajos. Las dos patologías escogidas como estudio de caso para nuestra investigación fueron la demencia precoz y la esquizofrenia; por lo tanto, los artículos sobre estos cuadros diagnósticos fueron los elegidos para un análisis más profundo. Además buscamos artículos médicos y tesis doctorales sobre las diversas terapias que se practicaban en el hospital Esteves para poder vincularlos con la información brindada en los expedientes médicos. De este modo relevamos 58

⁶¹ Véase la lista completa de revistas en el cuadro N° 15, Anexo N° 2.

artículos sobre las diversas terapias practicadas en la institución durante el todo el período de nuestra investigación. También rastreamos ocho artículos sobre instituciones hospitalarias para vincularlos con la creación del hospital en estudio (tema que se desarrolla en el capítulo 2).

1.4.4- Otras fuentes

Para tratar las diversas temáticas elegidas para esta investigación fue preciso acudir a otras fuentes, además de las mencionadas. Utilizamos entonces las Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal depositadas en el Archivo General de la Nación. Estos documentos son las actas de las reuniones de las damas de beneficencia, donde se debatían cuestiones de las diversas instituciones a su cargo, entre ellas, el Anexo de Lomas de Zamora. Asimismo, encontramos memorias realizadas por esta institución que registraron datos contables (como la compra de materiales, aparatos médicos e insumos necesarios para la institución, entre otros) y los movimientos de pacientes (ingresos, altas, fugas, defunciones, etc.). Además, en ellas se fue registrando la expansión del hospital, la creación de diversos pabellones y la incorporación de personal.

Estas fuentes fueron utilizadas para describir la creación de la institución y sus primeros tiempos como Anexo del Hospital Nacional de Alienadas. Al mismo tiempo, vinculamos algunos datos sobre los movimientos de pacientes con la información que relevamos de las historias clínicas. También pudimos detallar rasgos particulares de la población del hospital de Lomas de Zamora, como la proporción de pensionadas en diversos momentos. Por último, usamos la información brindada para vincularla con las prácticas terapéuticas realizadas en la institución.

Además, en las fuentes de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, encontramos fotografías del hospital Esteves, que fueron usadas para analizar la aplicación de la laborterapia. Algunos recortes periodísticos conservados entre estos documentos también muestran fotografías de diversos actos realizados en el hospital con motivo de la inauguración de algunos pabellones. También consultamos diversas fuentes para tratar de reconstruir el derrotero hospitalario desde la década de 1940. No encontramos el material esperado. En el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto pudimos revisar la

documentación correspondiente a las “Memorias del Ministerio de Relaciones Exteriores”, que se encuentra en la Biblioteca del Ministerio y en el Archivo de la Cancillería. Allí revisamos el Libros Copiadores n° 1, Expedientes del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, de las series “79- Dir. De Antártida y Malvinas” (n° de caja AH/0021) y “Secretaría de Salud Pública” (n° de caja AH/0002), que abarcan el período 1940-1970. Relevamos también el libro “Documentación correspondiente a la Secretaría de Salud Pública 1940-1943. Inventario de la documentación que pasó a poder de la Secretaría de Salud Pública de la Nación”. Otra fuente vista fue el Documento del año 1947-1948 del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto relativa a la transferencia de documentación referida a establecimientos hospitalarios y de asistencia social, a la órbita de la Secretaría de Salud de la Nación. Intentamos encontrar material también en el Ministerio de Salud, no tuvimos éxito en nuestra búsqueda. Hablamos con personal de los sectores Entrada, Jurídico y Recursos Humanos.

Otra fuente que utilizamos fueron los Censos Nacionales de Población, de 1895, 1914, 1947 y 1960, donde analizamos información de la Capital Federal. Estos documentos fueron usados para describir el contexto demográfico general en el que se insertaba el hospital, en particular por la cantidad de extranjeras internadas. A la luz de los datos relevados en las historias clínicas, pudimos releer los censos siguiendo diversos debates historiográficos sobre la inmigración en el país, particularmente los aportes de Hugo Vezzetti (cuyos trabajos vinculan la inmigración con la locura).

Usamos también la prensa escrita como fuente para nuestra investigación. Nos concentramos en algunos momentos relevantes de la institución, que rastreamos en estos documentos, como por ejemplo el derrotero institucional desde su desvinculación con la Sociedad de Beneficencia (década de 1940), y principalmente el cierre del Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas desarrollado allí entre 1969 y 1971. Los diarios y revistas analizados fueron *La Razón*, *La Nación*, *Clarín*, *La Prensa*, *Crónica*, *Revista Confirmado*, *Revista Panorama*, *Ecos*, *Semanario de Temperley* y *La Unión*, Diario de Lomas de Zamora. Todas estas fuentes fueron consultadas en la Biblioteca Nacional de la República Argentina.

En último lugar, llevamos a cabo también siete entrevistas. Tuvimos la oportunidad de entrevistar a tres médicos que trabajaron en la Experiencia Piloto de Comunidades Terapéuticas, a un médico que realizó su residencia médica a partir de 1982 en el hospital, a dos psicólogas que trabajan en él desde la década de 1990 hasta el presente, y a una enfermera que se desempeña allí desde la década de 1970. Además realizamos visitas a la institución, en las que conocimos sus espacios y al personal que trabaja allí desde la década de 1960.

1.5- Métodos

1.5.1- Metodología de análisis de las historias clínicas

Las historias clínicas trabajadas para esta investigación son las originales de la institución y se encuentran en diferentes estados de conservación. Algunas de ellas son ilegibles, con partes rotas u oxidadas, y otras permiten hacer una lectura parcial.

El archivo cuenta con un inventario que lista todas las historias clínicas organizadas según los legajos. Este inventario nos permitió, por un lado, saber cuántas de ellas había, y cuál era su distribución en el tiempo. Por otro lado, completar algunos campos para todas las mujeres (nacionalidad, estado civil, profesión, año de ingreso, año de fallecimiento y número de historia clínica). En total hay 4058 expedientes médicos, organizados en 180 cajas (llamadas "legajos"). La primera decisión que tuvimos que tomar fue con cuántos trabajar y cómo seleccionarlos. Fue entonces que pensamos que la selección debía cumplir con ciertos requisitos.

En primer orden, como no se podía saber cuál había sido el sentido original de la organización de las historias clínica en legajos (no tenían un orden cronológico, ni por pabellón), pensamos que era indispensable que los casos estuvieran repartidos en los 180. En segundo orden, era importante que estuviesen distribuidas a lo largo de todo el período (esta decisión se tomó antes de pensar que el proyecto debía limitarse a los años 1908-1971). En tercer orden dividimos el período en décadas y propusimos que los casos analizados debían ser proporcionales a la cantidad de ingresos, ya que había

décadas en las que se registraron muchos ingresos y otras en las que casi no había. Finalmente en cuarto orden, pensamos que trabajar en profundidad con un tercio del total de las historias clínicas podía ser un número suficiente como para responder a las preguntas del proyecto.

En principio, la selección de expedientes médicos en cada legajo iba a ser al azar, eligiendo algunas del comienzo, otras del medio y otras del final. Para llevar a cabo esta selección revisamos todos los legajos completos, realizando una lectura rápida del contenido de todas las historias clínicas. A partir de estas lecturas, la selección final incluyó expedientes que por ser ricos en información fueron incluidas aunque no cumplieran con los requisitos pensados en un inicio para su selección. La mayoría, sin embargo, fue seleccionada al azar. Como medida precautoria, además, revisamos aquellas historias clínicas que no tomamos para esta investigación y no aparecieron datos diferentes a los descriptos.

A partir del contenido del inventario y de la lectura de las primeras historias clínicas, se diseñó una base de datos para poder organizar la información. Ésta se fue ampliando en la medida que avanzó la investigación principalmente por dos razones: la primera, porque en la heterogeneidad de los expedientes médicos surgió información que no habíamos contemplado desde el inicio, y la segunda, por la aparición de nuevos interrogantes.

En el trabajo con la base de datos se definió que toda la información de cada una de las mujeres iba a estar organizada en un registro. Primero se completó la información del inventario (en el total de las historias clínicas), con lo que logramos tener datos sobre el total de las pacientes. Posteriormente se fueron completando campos de los casos seleccionados, que se podían identificar a partir del número de historia clínica⁶². Estos casos tienen, además de la información ya descripta, otros datos que fuimos construyendo: diagnóstico,

⁶² Al momento de cargar los datos, se presentó con frecuencia el problema de que éste no tuviera el número de historia clínica en la primera página (como debía ser), por lo que era preciso rastrear en todo el expediente con el fin de vincular el caso con el inventario general. Además, era común encontrarse con varios números (aparentemente éstos fueron cambiando con el derrotero de la institución), y fue preciso analizar con cuidado cuál era el número correcto. En numerosos casos, nuestro trabajo contribuyó a corregir datos del inventario, principalmente los números de las historias clínicas, pero también ciertos fechados. El caso más importante fue que la fecha de inicio del inventario era de 1897 y nosotros encontramos una historia clínica de 1895.

quién la llevaba a la institución, si recibió alguna terapia, un campo de observaciones, un hipervínculo con la ficha en la que se transcribió toda la información que podría ser usada en forma cualitativa (descripción de las terapias, presencia o no de juicios de insania, cartas o notas de familiares, registro de la existencia de fotos o de datos personales, etcétera).

Posteriormente agregamos campos calculados a partir de los existentes, otros que nos permitían clasificar los diagnósticos, si la paciente en cuestión recibió tratamientos y cuáles fueron, las personas que las llevaban a internar, calcular el tiempo de permanencia en la institución, sistematizar en qué década había sido la internación y destacar los casos de internos hombres (el 1% de la población)⁶³.

La clasificación de los datos implicó tomar diversas decisiones, ya que éstos eran sumamente heterogéneos. Las categorizaciones se fueron realizando sobre la base de las construcciones realizadas por los médicos de la institución. Los diagnósticos expresados en los expedientes médicos presentaban tal variedad que requirieron de una organización. Clasificamos en forma diferente los diagnósticos en las distintas etapas de la tesis, hasta que decidimos centrar la mirada en la psicosis. Primero nombramos “sin diagnóstico” a aquellos casos que no contaban con este dato; luego separamos las “no psicosis”, es decir, todas las patologías psiquiátricas que no eran cuadros de psicosis. Entre los diagnósticos de psicosis hicimos un corte cuantitativo y destacamos los más representativos: “demencia precoz”, “esquizofrenia”, “demencia”, “delirio”, “paranoia”. Luego, a una cantidad importante de diagnósticos variados que no tenían entidad cuantitativa para ser considerados de manera particular, los agrupamos con el nombre de “otras psicosis”. Por último, generamos un grupo de “múltiple”, que fueron aquellos casos que presentaron varios cuadros patológicos.

⁶³ Analizamos todas las historias clínicas que pertenecían a hombres con la finalidad de entender el motivo de su internación en un hospital para mujeres, y no encontramos motivo aparente. No encontramos tampoco en los documentos administrativos ni pudimos saber mediante las entrevistas el motivo de estas internaciones. Lo único que pudimos saber es que en la experiencia de Comunidades Terapéuticas trajeron hombres al hospital para que participen de ella, pero las historias clínicas de hombres con las que contamos no corresponden a los pacientes transferidos para el proyecto piloto.

En lo que a la terapéutica refiere, a partir de una primera lectura general de la fuente y de lo que habían sido los problemas iniciales de la tesis, decidimos identificar en la base de datos a los que habían recibido terapia de shock, psicofármacos, psicoterapia y entrevistas psicológicas. Cuando avanzamos con el análisis más profundo de las historias clínicas, registramos la presencia de otras terapias (malarioterapia, laborterapia, lobotomía), que fueron marcadas en el campo de observaciones. Estos tratamientos se registraron completos en un documento para poder entender cómo se practicaban y fueron incluidos en el hipervínculo.

Hemos procesado los datos inicialmente de modo exploratorio, para poder entender cuáles eran las prácticas más frecuentes, los ciclos (si los había), los períodos de transición, o las relaciones más frecuentes entre los diferentes datos (diagnóstico y tratamiento, nacionalidad y diagnóstico, etc.). Este procesamiento inicial fue el que permitió ir definiendo y acotando el problema de investigación. En síntesis, la base de datos ha sido una herramienta útil, indispensable y sugestiva que sirvió como disparador de los temas desarrollados en la tesis, temas que hemos tenido que profundizar, lógicamente, con otras fuentes.

El trabajo con este tipo de material presenta el peligro de centrarse en casos interesantes y perderse la visión de conjunto⁶⁴. Es por esto que decidimos combinar las dos estrategias de análisis, una aproximación cuantitativa, como acabamos de describir, y otra cualitativa. Respecto de esta última, utilizamos la información de las historias clínicas para entender cómo se consideró a las pacientes psiquiátricas, qué tratamiento se les dio, qué tipo de eventos fueron registrados, cada cuánto se escribían las historias clínicas, etc. Siempre que se presentaron, trabajamos en profundidad con casos que contenían información más densa sobre las cuestiones que estábamos analizando. Sólo con la lectura de un número importante de expedientes médicos fue posible entender y desentrañar aquella información “entre líneas” que presentan las fuentes, propias de este hospital.

⁶⁴ Ríos Molina, A. (2009), “El Manicomio General La Castañeda en México”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/50242>; DOI: 10.4000/nuevomundo.50242 (09/02/2015).

En conclusión, desde una perspectiva cualitativa los expedientes médicos fueron utilizados para destacar casos que muestren agencia en las pacientes y para describir las generalidades de la institución, también permitieron conocer el desarrollo de la clínica psiquiátrica y entender la mirada que se tenía sobre las mujeres. Gran parte de las temáticas que derivaron de esta lectura fueron vinculadas con otras fuentes, principalmente artículos médicos. Volveremos sobre estas cuestiones en el apartado de metodología cualitativa.

1.5.2- Metodología de análisis del resto de las fuentes

Artículos médicos

Para el trabajo con los artículos médicos, se llevó a cabo un trabajo cualitativo y cuantitativo. Se construyó una base de datos con el total de los artículos analizados. Se registró el nombre de los autores, los títulos, si se trataba de una publicación de una revista, un libro o una tesis, el año de publicación y el país de origen del autor. Luego se construyeron otros campos derivados de nuestras preguntas: el idioma de la publicación, y si la temática del trabajo era sobre demencia precoz, esquizofrenia, delirio, demencia, o la demencia precoz y la esquizofrenia en conjunto. Luego se desarrolló un trabajo cualitativo con el total de las revistas, analizando su contenido, sus autores, las referencias internacionales que usaban, la conceptualización de las patologías, las diferencias teóricas según los períodos en que fueron escritos, los cambios de nomenclatura de las patologías, etc. Toda esta información fue cruzada con los datos registrados en las historias clínicas.

Archivo de la Sociedad de Beneficencia

Los documentos de la Sociedad de Beneficencia nos permiten reconstruir el derrotero hospitalario hasta la década de 1940. Además pudimos realizar diversos análisis sincrónicos de los movimientos de las pacientes en la institución, como fugas, altas y defunciones para complementar los datos analizados a partir de las historias clínicas en algunos momentos particulares de la investigación.

Prensa escrita

Dos preguntas llevaron a la búsqueda de fuentes en la prensa escrita: la creación de la institución y la experiencia piloto de Comunidades Terapéuticas. La repercusión de ambos eventos en la sociedad local y para el campo psiquiátrico en su respectivo momento, nos llevó a rastrear la información en estas fuentes. También revisamos la prensa para encontrar datos sobre el derrotero de la historia institucional desde que ésta dejó de formar parte de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. La selección de diarios y revistas se basó en referencias bibliográficas sobre cuestiones psiquiátricas de la época que significaron un indicio para pensar que encontraríamos datos sobre estos sucesos. La información fue analizada en el cruce con las entrevistas realizadas y los datos obtenidos de las historias clínicas.

Censos

Utilizamos la información de los censos para pensar las extranjeras de la institución dentro de un contexto general con gran número de inmigrantes. Decidimos trabajar con la población de la Capital Federal a pesar que la ubicación del hospital era Lomas de Zamora, porque en la época que más nos interesaba vincular la cuestión institucional con la demografía general de las inmigrantes, el hospital era aún un Anexo del Hospital Nacional de Alienadas, y gran parte de las decisiones sobre movimientos de las pacientes dependían de esta institución. Elegimos utilizar información sobre extranjeras, como ya mencionamos, pero además sobre las mujeres en general y las que presentaban enfermedades mentales (que recibieron diversas denominaciones).

Entrevistas

Realizamos siete entrevistas en profundidad. Las que les realizamos a tres psiquiatras que participaron de las comunidades terapéuticas permitieron conocer más sobre esta experiencia, desde un relato en primera persona, claramente diferente a lo rastreado en la prensa gráfica. Las entrevistas a un psiquiatra que realizó su residencia en la institución, a dos psicólogas y a una enfermera que aún trabajan en el Esteves, a pesar de haberlas utilizado poco en la tesis, sirvieron para entender mejor el mundo hospitalario durante las

últimas décadas de nuestro análisis, período para el cual no contamos con otras fuentes.

1.5.3-Metodología cualitativa

El punto principal que nos propusimos para nuestro trabajo, como ya mencionamos, fue analizar el “ojo clínico” de los psiquiatras como la relación entre la producción teórica de los artículos médicos y en la clínica médica en el trabajo en el hospital Esteves. La primera contradicción con que nos encontramos ante nuestra propuesta fue que los artículos médicos hablaban de las patologías en hombres, mientras que la clínica practicada en el Esteves era con mujeres. Esta realidad nos llevó a complementar el trabajo con una perspectiva cualitativa, que permitió indagar diversos aspectos que consideramos de suma relevancia para entender a estas mujeres. La realidad fue que en el procesamiento de datos no encontramos ninguna evidencia clara que nos permitiera abordar la problemática de género, a excepción del dato insoslayable de que el 99% de las pacientes son mujeres. Es por eso que una mirada cualitativa fue la forma que encontramos como puerta de entrada a este problema.

Realizamos un fichado extensivo sobre diversas temáticas de las 1331 historias clínicas que analizamos en profundidad. Gran cantidad de los temas analizados en esta tesis debieron ser interpretados a partir de la propuesta de análisis investigada por Carlo Ginzburg, el paradigma indiciario⁶⁵. Encontramos indicios, rastros, huellas en los expedientes médicos y en algunos documentos oficiales de la Sociedad de Beneficencia que nos permitieron conocer mejor el mundo hospitalario que estudiamos. El ejemplo más claro para el uso de esta metodología de análisis fue en la reconstrucción de la vida cotidiana en el hospital, pues la característica principal de los documentos con los que

⁶⁵ Ginzburg, C. (1989), *Mitos, emblemas, indicios. morfología e historia*, Barcelona, Gedisa. Para llevar a cabo su explicación, Ginzburg destaca el empleo que hacían de una metodología semejante los cazadores primitivos (rastreaban terrenos blandos, excrementos, olores, etc.), y luego salta hasta el siglo XIX, época para la cual retoma el trabajo del crítico de arte Giovanni Morelli; el del creador de Sherlock Holmes, Arthur Conan Doyle; y el del “padre” del psicoanálisis, Sigmund Freud. El punto que une a los tres es la capacidad de encontrar, a partir de indicios, una realidad más profunda que, de otra manera, resultaba indescifrable.

trabajamos, justamente, es que ofrecen pequeños indicios y retazos de relatos acerca de momentos en la vida de la institución distribuidos en el total de las historias clínicas que fue preciso ordenar para encontrar ciertas generalidades y marcar excepciones en el relato.

Una investigación sobre una institución que tuvo un 99% de pacientes mujeres, y que además estuvo preparada desde sus dispositivos de recepción y tratamiento para ser un hospital para mujeres (características de las fichas de admisión, trabajos seleccionados para laborterapia, etc.) es, sin lugar a dudas, un trabajo atravesado por la historia de las mujeres y la cuestión de género. Destacamos entonces que el género no es un punto neurálgico de nuestra investigación, por lo que no estructura el desarrollo de ésta, pero como elemento constitutivo del objeto de estudio, lo consideramos. Es decir, sabemos que nuestros análisis tienen un sesgo de género que se desprende de la propia población con la que trabajamos.

En el concepto de género del que partimos, hay una alusión lógica a la distinción de sexo y su carácter de construcción social, cultural e histórica que se hace presente en diversas elaboraciones conceptuales. Ese concepto de género permite cuestionar la diferencia sexual y se manifiesta como crítica al conocimiento tradicional, y muestra entonces la necesidad de profundizar más aún en el examen de conceptos⁶⁶.

Reconociendo que existen condiciones que afectan a las mujeres como género, nos interesa también intentar dar cuenta de sus diferencias, es decir, pensar qué distingue a las mujeres insertas en dicha institución no sólo de otras mujeres, sino también con enfermas mentales en otros contextos. Para dar cuenta de su especificidad, partimos del reconocimiento de que el género es un filtro cultural y epistemológico siempre presente, que está acompañado de otras variables, como lo son la nacionalidad y la condición socioeconómica⁶⁷. Como sostiene Patricia Castañeda Salgado,

“La situación de género está definida por la combinación compleja del género con la adscripción de clase, con la pertenencia étnica, con la

⁶⁶ Castañeda Salgado, M. P. (2008), *Metodología de la investigación feminista*, México, CEIHC-UNAM, p. 35.

⁶⁷ Castañeda Salgado (2008), p. 36.

edad, la condición conyugal, con el contexto rural o urbano en el que se vive, la pertenencia religiosa, el ideario político, y la subjetividad de cada persona en relación con esa situación, derivada de su condición de género⁶⁸.

Para dar cuenta de estas diferencias, contamos con las fuentes históricas, en este caso, las historias clínicas⁶⁹. Desde esta perspectiva, los archivos se entienden como sitios de producción de conocimiento histórico, no como meros repositorios de información. De este modo, se considera que hay pequeños fragmentos de vidas que nos dejan entrever testimonios de cuestiones de género y de la mujer como sujetos del pasado, y son éstos los que no debemos dejar pasar. La falta de información, o de orden en ella, invita a organizar nuevas formas de lectura para rearmar el derrotero de la historia de estas mujeres. En esta corriente de trabajo se explica que, aunque en ocasiones las mujeres aparecen en los archivos, resulta complejo reconstruir sus voces. Nuestro aporte –siguiendo esta línea– es reconstruir el *alrededor* de la vida de estas mujeres, a pesar de no poder recuperar directamente su voz, o justamente por la imposibilidad de hacerlo, para lograr entender algunas cuestiones de sus derroteros por la institución. Además se sostiene que, a pesar de que estos documentos fueron construidos en general por hombres que interpretaron las voces de las mujeres, al leerlos “entre líneas” es posible sacar información sobre ellas. Es esta la tarea que nos proponemos a partir de ciertos casos que vemos en profundidad, que muestran la agencia de las pacientes a pesar de la estructura de “institución total” del hospital.

Destacamos algunas líneas de trabajo de la historia de género y de las mujeres en las que nos apoyamos, a las que no perdemos de vista para todo el transcurso de la investigación⁷⁰. Consideramos que al entender nuestro objeto

⁶⁸ Castañeda Salgado (2008), p. 67.

⁶⁹ Chaudhuri, N., Katz, S. J. y Perry, M. E. (eds.) (2010), *Contesting Archives, Finding Women in The Sources*, Chicago, Universtiy of Illinois Press.

⁷⁰ Algunos estudios destacados que muestran cómo las teorías médicas se apoyaron en las características psíquicas y físicas de las mujeres para describir patologías y limitaciones y que las mujeres debían responder a su función de reproducción y de crianza de los hijos son: Barrancos, D. (2008), *Mujeres entre la casa y la plaza*, Buenos Aires, Sudamericana; Fox Keller, E. (1985), *Reflexiones sobre género y ciencia*, Valencia, Alfons el Magnánim; Nari, M. (2004), *Políticas de la maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890-1940)*, Buenos Aires, Biblos; Valobra,

de estudio –tanto las historias clínicas como los diagnósticos psiquiátricos– como construcciones culturales, no como cuestiones naturales incuestionables, sabemos que el sesgo de género está presente en nuestro análisis. Destacamos esta mirada sin perder de vista que estamos realizando una lectura a posteriori sobre un ambiente de época perteneciente a otro momento histórico, en el que estas nociones de género no se entendían como tales.

Es necesario tener siempre presente entonces, que la institución que se estudia tuvo como población objetivo a las mujeres, eran ellas las habitantes del hospital y de algún modo se las debía contener y tratar. Las características que comparten hacen alusión a su condición de género y el hecho de haber sido recluidas por ser enfermas mentales, es decir, mujeres que padecían una patología mental. A esto se suma lo que ya mencionamos, que en los textos sobre diagnósticos psiquiátricos el centro de la problemática se ubicaba en los hombres y las mujeres eran tratadas como lo excepcional. El punto que encontramos como base ideológica invisible en los psiquiatras en sus teorizaciones y en su práctica clínica es que tanto en la salud como en la enfermedad mental, se piensa la mujer con relación al hombre. Es decir, sus procesos psíquicos eran pensados a semejanza o por diferencia con lo masculino. De este modo se homologan entre sí, lo cual impide percibir las particularidades que distinguen a cada una, y a su vez que se las homologue a los hombres⁷¹.

Desde la perspectiva y estrategias mencionadas, describiremos puntualmente en los capítulos tres, cuatro y cinco, cómo los desarrollos teóricos sobre los diagnósticos psiquiátricos y la aplicación de terapéuticas en Argentina se realizaron, en general, pensando en hombres enfermos. Con nuestra investigación buscamos ocupar un lugar en la historiografía nacional al explicar cómo estas nociones fueron llevadas a la práctica clínica con mujeres. Pero las pacientes que analizamos, además de mujeres, fueron en su mayoría pobres, muchas de ellas inmigrantes, y se las internó a todas en una institución

A. M. (2005), "Algunas consideraciones acerca de la relación entre historia de las mujeres y género en Argentina", *Nuevo Topo, Revista de Historia y Pensamiento Crítico*, n° 1, pp. 101-122.

⁷¹ Castañeda Salgado (2008), p. 68.

pensada para pacientes crónicas, por lo tanto se las consideró “incurables”; además todas ellas murieron en la institución. Todos estos rasgos se suman al hecho de ser mujer con su fisiología particular, con su lugar en la sociedad y su subjetividad, para analizar aquello que los psiquiatras observaron, interpretaron y actuaron respecto de la enfermedad mental en este contexto particular.

1.6- Las cronologías de la investigación

Uno de los aspectos a considerar para el desarrollo de esta tesis, fue el uso del tiempo. En este apartado desarrollaremos la periodización elegida para nuestro trabajo, los procesos que pretendimos rastrear y las lecturas sincrónicas que fue preciso realizar para el estudio de algunas temáticas. Notamos que la institución que analizamos vivió procesos con una periodización propia, que no necesariamente tuvo relación con coyunturas políticas. Estos procesos se vincularon en ocasiones con el desarrollo de la disciplina psiquiátrica a nivel internacional, con la aparición de diversas terapias a nivel mundial, y en otros casos fueron propios del hospital y de sus médicos.

Elegimos tomar como arco temporal 63 años (1908-1971), a partir de dos hitos en la historia de la institución: la apertura del hospital y el cierre de una experiencia terapéutica que se llevó a cabo en él, el proyecto piloto de Comunidades Terapéuticas. Este punto de inicio fue seleccionado ya que consideramos que a partir de la inauguración de la institución es cuando podemos empezar a analizar cuál fue el “ojo clínico” de los médicos que trabajaron allí⁷². Como punto de llegada de la investigación tomamos el proyecto piloto de Comunidades Terapéuticas, ya que esta experiencia significó un quiebre en la institución, una nueva mirada sobre la salud mental y fue la antesala (junto con otras experiencias en el país) de una nueva etapa en la psiquiatría argentina, en la cual las coyunturas políticas nacionales afectaron – de modo más directo y visible que en períodos previos– el devenir de las instituciones y de los profesionales médicos. Esta selección, sin embargo, contempla que los procesos históricos no terminan en un día ni en un año

⁷² Es decir, a pesar de que las historias clínicas que trabajamos como fuente principal datan desde 1895, aquellas admisiones previas a 1908 fueron realizadas en el HNA y luego esos registros se trasladaron al asilo de Lomas de Zamora, por lo tanto, los médicos a cargo de las pacientes eran del HNA.

específico, sino que se trata de fechas simbólicas que nos permiten observar esa mirada médica sobre la enfermedad mental dentro de ese hospital.

Para encontrar la cuestión de la periodización como un problema en sí mismo para nuestra investigación, e inspirados en la ideas de la Longue Durée de Fernand Braudel⁷³, es que pensamos las siguientes nociones sobre el tiempo para nuestro trabajo. El autor francés sostiene principalmente la existencia de diferentes temporalidades simultáneas y entrelazadas (en las que se destacan sus tres tiempos conocidos por todos). Nos apoyamos en esta premisa para plantear en nuestro trabajo la existencia de tiempos diversos, que se superponen unos con otros. De este modo, entendemos también el tiempo en nuestra investigación en diferentes capas, que responden a diversas problemáticas, que han sido organizadas con cierta autonomía para el desarrollo del trabajo, pero entendiendo que todas responden a un mismo problema de investigación, se superponen y entrecruzan⁷⁴.

Principalmente identificamos una larga duración al estilo braudeliano para la vida cotidiana de las pacientes en el hospital, donde el tiempo parece prácticamente detenido, con una misma “música de fondo”, de un comportamiento homogéneo para todo el período en estudio (a excepción el proyecto de comunidades terapéuticas). Braudel la describe como una “historia casi inmóvil del hombre en sus relaciones con el medio que le rodea; historia lenta en fluir...”⁷⁵. Al dividir los procesos vividos en el hospital por décadas (la aplicación de terapias, la nacionalidad de las pacientes, etc.), pudimos reconocer un tiempo intermedio, de ciclos y coyunturas. Claramente, esta decisión externa es una construcción que responde a la búsqueda por explicar datos que fueron relevados en las fuentes. Utilizamos este tiempo como una

⁷³ Véase Braudel, F. (1976), *El Mediterráneo y el mundo mediterráneo en la época de Felipe II*, tomos I y II, México, Fondo de Cultura Económica; (2002), *Las ambiciones de la historia*, Barcelona, Crítica, pp. 147-177; Hufton, O. (1986), “Fernand Braudel”, *Past & Present*, n° 112, pp. 208-213. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/651003> (05/02/2015); Canto Mayén, E. (2012), “Un texto en tres duraciones. Braudel y el Mediterráneo”, *Temas Antropológicos, Revista Científica de Investigaciones Regionales*, Vol. 34, n° 2, pp. 155-178; Gross, D. (1985), “Temporality and the Modern State”, *Theory and Society*, Vol. 14, n° 1, pp. 53-82; entre otros.

⁷⁴ Las referencias que realizamos a continuación sobre diversos aspectos de la investigación, serán desarrolladas en profundidad en los distintos capítulos de la tesis.

⁷⁵ Braudel (1976), Tomo I, p. 17.

herramienta metodológica para poder dar cierto orden al trabajo de algunos datos en más de 4000 historias clínicas, y en profundidad de cerca de la tercera parte de éstas.

Otro tiempo medio, que se superpone con el anterior, consideramos que es el que utilizamos para entender el propio “ojo clínico” de los psiquiatras. Esta temporalidad se manifiesta claramente en diversos puntos de la investigación. Al ocuparnos de las terapias practicadas, por ejemplo, observamos que según aquello que se consideró una intervención terapéutica en distintos momentos, se evaluó los resultados; de este modo, por un período, éste se centró en la conducta de las pacientes a partir de las diversas labores que realizaban en el hospital; luego se trasladó hacia el cerebro de las mismas, con algunas intervenciones como las lobotomías, para resurgir en la conducta presente en el vínculo con el personal de salud a través de terapias de grupo y en el uso del dispositivo de asamblea terapéutica.

Un ejemplo concreto donde se puede destacar la temporalidad propia del “ojo clínico” es a partir del uso del diagnóstico de demencia precoz primero y de esquizofrenia después. Sabemos que el diagnóstico de demencia precoz estuvo presente en la institución desde sus inicios hasta 1949, y que el de esquizofrenia se utilizó de modo sistemático desde 1924 hasta el final de nuestra investigación. Por lo tanto, hubo una superposición del uso de ambos por parte de los médicos del Esteves durante muchos años. Además sabemos que esta superposición coincidió con la producción teórica relevada sobre estas patologías, pues ubicamos un primer artículo sobre esquizofrenia en 1929 y un último artículo sobre demencia precoz en 1943. Destacamos el espacio temporal de superposición en el uso de ambas patologías porque muestra que los procesos de abandono de ciertas ideas no suceden de un momento a otro y que no necesariamente hubo una mirada unívoca entre los médicos al enfrentarse a la patología mental. Sostenemos así que los cambios en el “ojo clínico” pueden haber sido en ocasiones procesos largos, generados a partir del cruce entre las lecturas teóricas acumuladas y la casuística hospitalaria en un lapso de tiempo importante, o pueden haber sido casi inmediatos a la aparición de diversas tecnologías –como el electroencefalograma, por ejemplo– para el tratamiento de la epilepsia.

El tiempo corto es utilizado aquí para los casos que subrayamos en el análisis cualitativo. Una derrotero por la institución en el que destacamos ciertos momentos que nos permiten ir reconstruyendo la trama de cómo se observó, diagnosticó y registró a estas mujeres. Estos eventos en su vida en el hospital nos permiten detectar un momento en el trabajo clínico, por ejemplo, al analizar el diagnóstico que recibió o la terapia que se le practicó, o una acción de la mujer en el hospital a partir del registro de alguna reacción violenta, la intención de escapar o la transcripción de alguna expresión manifestada por alguna de ellas. El autor francés describió los eventos y las situaciones puntuales del tiempo corto de la siguiente manera:

" [...] son el efímero polvo de la Historia: cruzan su escenario, brillan un momento, para inmediatamente, volver a la oscuridad y tal vez al olvido [...] cada uno de ellos por muy breve que sea, aporta un testimonio, ilumina algún oscuro rincón de la escena o, incluso, una vasta panorámica de la historia⁷⁶".

Para repasar, destacamos que en estas páginas explicamos las diversas periodizaciones que realizamos durante la tesis: tanto el tiempo como herramienta para ordenar indicios de los documentos, como el tiempo en sus distintas capas que se entrelazan y forman parte de un mismo problema de fondo. Además, explicamos los eventos simbólicos que elegimos para realizar los cortes de nuestro estudio y su relación con coyunturas administrativas que merecieron lecturas sincrónicas diferentes al resto del tratamiento temático de la investigación.

1.7- Algunas ideas finales

Para concluir, destacamos en primer lugar que las historias clínicas fueron la principal fuente elegida para intentar analizar las prácticas psiquiátricas, sus cambios a lo largo del tiempo y su relación con lo que se escribía en las revistas especializadas. Elegimos el largo plazo partiendo de la idea de que los

⁷⁶ Braudel (1976), Tomo II, p. 335.

cambios en un saber implican un proceso, en el que existen transiciones, superposiciones de ideas, rechazos, avances y retrocesos hasta que finalmente se lo acepta. El pasaje de la demencia precoz a la esquizofrenia es el ejemplo más importante que encontramos en las fuentes en el que se pudo graficar este proceso. A partir de las referencias historiográficas sobre el campo sabíamos de la relevancia de estas patologías; con estas ideas fuimos a analizar cómo había sucedido este proceso en el hospital, para luego investigar cómo se desarrolló en los artículos médicos.

En segundo lugar, trabajar con este tipo de fuentes nos permitió hacer una historia “desde abajo” y darles visibilidad a las pacientes como actores sociales (contar sobre su cronicidad, si recibieron tratamientos, detalles de su vida en el hospital, la falta de vínculo con su familia, que no hablaban el castellano, etc.). En ocasiones, la visibilidad de las mujeres se pudo registrar desde una metodología cualitativa en la lectura profunda de un caso (por ejemplo, a partir de una carta escrita por una de ellas), pero fue la masividad de fuentes lo que permitió rastrear datos sobre estas mujeres, a partir de analizarlas desde una perspectiva cuantitativa. Es decir, el uso metodológico que realizamos responde a qué tipo de historia quisimos hacer.

En tercer lugar, analizar un número importante de casos permite entender la relevancia que tienen aquellos ejemplos que se destacan, ya que se conocen los rasgos del general de la población. Es decir, la labor con un número amplio de historias clínicas permitió generar el contexto para entender el caso particular que se analiza, y qué lugar ocupa en el total de los casos

En cuarto lugar, consideramos que si para la realización de esta investigación nos hubiéramos quedado con las fuentes institucionales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, la imagen del hospital que éstas reflejan es la de una institución para pacientes intratables que ocupaban un lugar en el Hospital Nacional de Alienadas, que se debía liberar. En cambio, a partir del trabajo con las historias clínicas, descubrimos que fue una institución donde se practicaron diversas terapias, al igual que en las demás instituciones hospitalarias de la Capital Federal. Es decir, este documento funciona como una entrada posible a la realidad hospitalaria, y como tal, no pretendemos encontrar en él la verdad absoluta.

CAPÍTULO II

La historia del hospital: “un depósito de locas”

2.1- Introducción

El objetivo de este capítulo es explicar de manera analítica de qué modo se configuró el hospital de Lomas de Zamora. Este análisis se sostiene en su funcionamiento como anexo del Hospital Nacional de Alienadas (HNA), pero también como institución en sí misma que, dadas ciertas coyunturas institucionales y las prácticas hospitalarias realizadas, fue adquiriendo entidad, proyectos y dinámicas institucionales propios. Sostenemos que la interpretación sobre la patología mental y las prácticas sobre ésta, se encuentra también en la concepción del dispositivo hospitalario, el cual fue cambiando desde la apertura de la institución (1908) hasta el final de nuestra investigación en 1971 y que no fue unívoco entre todos los médicos. Al mismo tiempo, la mirada médica era afectada por los cambios administrativos y las diversas políticas de salud pública que fueron sucediendo

En particular, analizamos cómo surge la institución y con qué propósitos, ya que fue un hospital creado para descongestionar al HNA, que sufría un grave hacinamiento de sus pacientes. El objetivo primero fue entonces trasladar a aquellas mujeres que se consideraban “intratables”, para liberar el espacio del hospital capitalino. Luego analizamos cómo fue su funcionamiento en relación con los motivos que llevaron a su creación y en qué medida se fue alejando de este primer propósito pensado para ella. También consideramos el papel de la Sociedad de Beneficencia en la apertura y crecimiento del hospital de Lomas de Zamora hasta la década de 1940.

Finalmente, la hipótesis que sostenemos para este capítulo es que el derrotero de este hospital se alejó de aquello para lo cual se lo había inaugurado en 1908. Éste fue creado para “contener” pacientes consideradas “intratables”, sin pretensión de practicar terapéutica alguna pero, a raíz de ciertas coyunturas administrativas, más la acción de los médicos y ciertas cuestiones de la inercia propia de una institución que se puso en marcha, el hospital se convirtió en un referente de la provincia de Buenos Aires, que fue escenario de una de las

experiencias psiquiátricas más innovadoras del país en la década del sesenta (las comunidades terapéuticas), y sobrevive hasta hoy.

2.2- El manicomio como institución para la locura

El hospital de Lomas de Zamora no fue ajeno a sus tiempos, sino que se fundó y desarrolló dentro de un proceso mayor –que ya tenía más de medio siglo– de políticas sanitarias de acuerdo con las cuales los asilos ocupaban un lugar destacado tanto para el ámbito argentino como para el resto de América Latina. Los antecedentes teóricos sobre estas instituciones, así como los modelos de hospitales que se utilizaron en toda la región, fueron europeos.

Se puede observar entonces que para la época, en el país, hubo una corriente de “genealogía psiquiátrica” que ponía el énfasis en personajes y eventos del viejo continente. Allí se destaca que entre fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, los médicos –como Philippe Pinel y Jean-Étienne Dominique Esquirol– fueron los encargados de lo que se describió míticamente como *cortar las cadenas* que ataban a los “locos” y liberarlos, es decir que pretendieron terminar con el trato que recibieron hasta ese momento los enfermos mentales y buscar su cura, para lo cual alentaron la fundación de manicomios, que eran, a su vez, símbolos de civilización¹.

Se sostenía que los “locos” debían ser atendidos y cuidados, pero también, dado que podían constituir un peligro para otros, era necesario segregarlos socialmente. La genealogía que llega a este territorio resalta, entre fines del siglo XVIII y principios del XIX en Francia, Inglaterra e Italia, el nacimiento instituciones que buscaron el tratamiento de patologías psiquiátricas a partir del aislamiento. La terapéutica creada para estas instituciones fue el tratamiento moral, cuya base era la relación entre el médico y el paciente², y cuya figura

¹ Sacristán, C. (2009), “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar”, *Cuicuilco*, Vol. 16, n° 45, pp. 163-188, esp. p. 164. Sacristán señala lo paradójico que resulta el hecho de que las críticas que los médicos franceses realizaron sobre los hospitales al indicar que eran espacios para luchar contra toda una serie de males (maltrato, hacinamiento, cronicidad, etc.) son las mismas que se les realizan hoy desde parte de la historiografía, el cine, la prensa, etcétera.

² Sacristán (2009). Véase Castel, R. (1975), “El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX”, en García, R. (coord.), *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*, Barcelona, Barral, pp. 71-96; Gauchet, M. y Swain, G. (1980), *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, París, Gallimard, pp. 68-100; Swain, G. (1982), “Une logique de

central era el alienista, quien ocupaba el lugar de juez, policía, padre y generador de conciencia³. Bajo estas características, la psiquiatría se convirtió en una especialidad vinculada con el hospital⁴. Este hecho generó que el manicomio se convirtiera en un objeto central de la historiografía psiquiátrica⁵.

l'inclusion: les infirmes du signe", *Esprit. Changer la culture et la politique*, n° 5, pp. 61-71; Shorter, E. (1997), *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Nueva York, John Wiley & Sons, pp. 8-16; Weiner, D. (2002), *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*, México, Fondo de Cultura Económica.

³ Vezzetti, H. (1985), *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, p. 57.

⁴ Sacristán (2009). Véase Castel, R. (1980), *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, Las Ediciones de La Piqueta, pp. 13-26; Comelles, J. M. (1992), "De médicos de locos a médicos de cuerpos. La transición del manicomio al gabinete en la psiquiatría de anteguerra (1890-1939)", *Asclepio*, Vol. 44, n° 1, pp. 347-368.

⁵ Sacristán (2009). Véase Castel (1975, 1980); Comelles, J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias; Dörner, K. (1974), *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, Madrid, Taurus; Foucault, M. (1982), *Historia de la locura en la época clásica*, 2 tomos, México, FCE; (1992), "Memoria redactada para la candidatura al Collège de France", en Eribon, D. (1982), *Michel Foucault*, Barcelona, Anagrama, pp. 423-428; Grob, G. N. (1994a), *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill*, Cambridge, Harvard University Press; (1994b), "The History of the Asylum Revisited: Personal Reflections", en Micale, M. S. y Porter, R. (eds.), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, pp. 260-281; Huertas, R. (2004), *El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia; (2006), "Foucault, treinta años después. A propósito de *El poder psiquiátrico*", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVIII, n° 2, pp. 267-276; Lantéri-Laura, G. (1972), "La chronicité dans la psychiatrie française moderne", *Annales*, Vol. XXVII, n° 3, pp. 548-568; Mills, J. H. (1999), "Reforming the Indian: Treatment Regimes in the Lunatic Asylums of British India, 1857-1880", *The Indian Economic and Social History Review*, Vol. 36, n° 4, pp. 407-429; Novella, E. J. (2008), "Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. VIII, pp. 9-31; Ríos Molina, A. (2009c), *La locura durante la revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, COLMEX; Rothman, D. J. (1971), *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston, Little, Brown and Company; Sacristán, C. (2005), "La Locópolis de Mixcoac en una encrucijada política. Reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933", en Sacristán, C. y Piccato, P. (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto Mora, IIH-UNAM, pp. 199-232; Tierno, R. (2008), "Demografía psiquiátrica y movimiento de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. VIII, pp. 97-131; Vezzetti (1985); Wadi, Y. M. (1999-2000), "Aos luocos, os médicos: a luta pela medicalização do hospício e construção da psiquiatria no Rio Grande do Sul", *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Vol. VI, n° 3, pp. 659-679, entre otros.

Como referente de la literatura especializada en la región, Cristina Sacristán vincula el desarrollo de los manicomios en Latinoamérica con lo sucedido en el viejo continente. Advierte así que en América Latina, al igual que en Europa, el inicio del manicomio estuvo emparentado con el nacimiento de la psiquiatría. La autora periodiza este proceso entre 1860 y 1880, aunque para el caso argentino sucedió unos años antes, como veremos más adelante. El reclamo de estos espacios provenía de las carencias tanto de tratamientos como de lugares apropiados para “los locos”, y a la necesidad de realizar cambios en la legislación y de lograr el reconocimiento del psiquiatra como profesional idóneo para tratarlos. De igual modo, veremos que la historiografía argentina marca otras cuestiones en el origen de estas instituciones.

En los países latinoamericanos, la presencia de estas instituciones fue parte de un proceso de construcción estatal moderna y de la búsqueda de los psiquiatras por encontrar una posición entre sus pares médicos. Pero la historiografía sostiene que, una vez que estos hospitales se abrían, la realidad presupuestaria y burocrática era de abandono por parte del Estado, lo cual redundaba en problemas administrativos, de hacinamiento de pacientes y dificultades en la aplicación de tratamientos⁶.

De este modo, encontramos ciertas continuidades para toda la región que se reprodujeron en el ámbito local: débil apoyo estatal, problemas en la situación

⁶ Sacristán (2009), p. 180. Véase Rodríguez Ajenjo, C. (1993), "Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de La Castañeda", *Tramas*, n° 5, pp. 25-38; Wadi (1999-2000); Sacristán, C. (2001), "Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, n° 51, pp. 91-120; Rivera-Garza, C. (2001a), "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, n° 51, pp. 57-89; Ablard, J. (2003), "The Limits of Psychiatric Reform in Argentina, 1890-1946", en Porter, R. y Wright, D. (eds.), *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 226-247; Bassa, D. (2005), "De La Pampa a Open Door. Terapias y tratamientos hacia los insanos en la primera mitad del siglo XX". En Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (comps.), *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo, pp. 115-142; Ayala Flores, H. (2007), *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)*, México, El Colegio de Michoacán.

legal de los pacientes en estos espacios, falta de recursos e ineficacia terapéutica (principalmente en la primera mitad del siglo XX)⁷.

2.3- El hospital de Lomas de Zamora, problemas en torno a la construcción de una institución hospitalaria

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, particularmente desde la década de 1880, surgieron importantes cambios en la situación de hospitales psiquiátricos en Buenos Aires, que fueron los antecedentes más directos de la creación del hospital de Lomas de Zamora. Marcaremos algunos de estos hechos que consideramos relevantes para nuestro estudio, particularmente del HNA. Seguimos principalmente a tres autores que vincularon la cuestión médica con el Estado: en primer lugar, Jonathan Ablard, quien trabaja la historia de la psiquiatría como un estudio de caso dentro de un proceso de formación del

⁷ Sacristán (2009), p. 179. Véase Ruiz Zevallos, A. (1994), *Psiquiatras y locos. Entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú: 1850-1930*, Lima, Instituto Pasado & Presente; Wadi (1999-2000); Sacristán (2001); Sacristán, C. (2002), "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. II, n° 2, pp. 61-80; Rivera-Garza (2001a), Rivera-Garza, C. (2003), "Becoming Mad in Revolutionary Mexico: Mentally Ill Patients at the General Insane Asylum, Mexico, 1910-1930", en Porter, R. y Wright, D., *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 248-272; Ablard (2003), Ablard, J. (2005), "¿Dónde está el delirio? La autoridad psiquiátrica y el Estado argentino en perspectiva histórica", en Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (comps.), *Instituciones y formas de control social en América Latina. 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, Universidad Nacional de La Pampa, Prometeo, pp. 199-215; (2008), *Madness in Buenos Aires. Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*, Canadá, University of Calgary Press; Stagnaro, J. C. (2006b), "Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. VI, pp. 7-39; Villaseñor Bayardo, S. J. (2006), *Voces de la psiquiatría. Los precursores*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; Ayala Flores (2007); Venancio, A. T. (2007), "La creación del Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Brasil: ciencia y asistencia psiquiátrica", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. 7, pp. 195-212; Casas Orrego, A. L. (2008), "Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en Medellín 1880-1930", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LX, n° 2, pp. 119-142; Morales Ramírez, F. J. (2008), "La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910", Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-Facultad de Filosofía y Letras; Ríos Molina, A. (2009c), *La locura durante la revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, COLMEX.

Estado y su vinculación con la población. En segundo lugar, Valeria Pita, quien trabaja sobre el hospicio de mujeres “La Convalecencia”, que se inauguró en 1854. En su investigación se entiende al hospital como un escenario donde se plasman debates políticos y luchas de poder, la formación del Estado y de los saberes de Estado y de los agentes que manejan sus instituciones. Por último, Ricardo González Leandri, desde sus aportes sobre el quehacer médico como parte de un saber y una técnica vinculados a la cuestión estatal, y la organización de los médicos como corporación.

En la Buenos Aires de la segunda mitad del siglo XIX, los “locos” ya no tenían lugar en las calles. Éstos, que años antes habían sido considerados personajes pintorescos, ahora eran vistos como un problema social que debía ser resuelto. Con la existencia de los hospitales de mujeres y hombres dementes, se empezó a pensar que el lugar de los “locos” era dentro de las instituciones⁸.

Al interior de las instituciones hospitalarias, se pretendió dividir poco a poco a aquellos con patologías mentales del resto de la población enferma, es por eso que la creación de instituciones específicas para ellos también respondió a una búsqueda de reforma de la asistencia de los enfermos orgánicos. Se fue realizando una discriminación de los “locos” según dos criterios, la nosología francesa sobre la locura y las nociones morales de improductividad y rebeldía⁹. La historiografía especializada comparte la idea de que, con la consolidación nacional y el establecimiento de un gobierno constitucional, en 1880 hubo un punto de no retorno en el tratamiento de la patología mental. Se generó un dispositivo psiquiátrico, con la presencia de los hospicios, la generación de algunas cátedras y la producción de ciertas publicaciones¹⁰. En las tres décadas que siguieron, el Estado argentino reformó los asilos existentes y desarrolló una red de instituciones modernas diseñadas para tratar la locura¹¹. Estos hechos sucedieron en el marco del higienismo de fines del siglo XIX, devoto al Estado, que formó parte de un discurso sobre el progreso y la civilización, en el cual el médico era un reformador social ungido por la ciencia

⁸ Pita, V. (2012), *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria, p. 71.

⁹ Vezzetti (1985), p. 43.

¹⁰ Vezzetti (1985), p. 49.

¹¹ Ablard, J. (2008) *Madness in Buenos Aires. Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880–1983*, Canadá, University of Calgary Press, p. 17.

y los ideales filantrópicos¹². En él se insertaron las prácticas psiquiátricas dentro de las instituciones hospitalarias y se vincularon la medicina y la política a partir de cuestiones técnicas y morales. Se entendió a la sociedad como un organismo y los médicos ocuparon un lugar relevante para tratar sus problemas, ya que se concibieron los conflictos sociales como patologías, y se sostuvo que prácticas sociales “viciosas” (inmigración, locura, anarquismo, vagancia, miseria) producían la degeneración. La psiquiatría ocupó un lugar entre las disciplinas que se desarrollaron para encontrar soluciones a estas problemáticas¹³. Este pensamiento fue genéricamente positivista y degeneracionista. La teoría de la degeneración, sostiene Ablard, era en realidad un *patchwear* de teorías médicas y prejuicios sociales que formaban y justificaban políticas sociales y servían para entender los “males” de la sociedad¹⁴. En este contexto de ideas, los hospitales porteños se ocupaban principalmente de contener la pobreza¹⁵.

La fundación del primer hospicio público argentino tuvo el objetivo de albergar al sector femenino de la población, en respuesta a una especial preocupación por las mujeres con cuadros mentales, y además por el interés de las damas de beneficencia que quisieron custodiarlas¹⁶. De este modo, en 1854, con las figuras del Dr. Ventura Bosch y la presidenta de la Sociedad de Beneficencia Tomasa Vélez Sarsfield como “míticos progenitores”, decidieron recoger a todas las mujeres que estaban en la calle y en la cárcel y ubicarlas en el edificio (ya existente) de “La Convalecencia”, el Hospital de Mujeres Dementes, que llegó a llamarse Hospital Nacional de Alienadas en 1881¹⁷. Mientras que para las presas el ingreso a la institución implicó cierta libertad, para aquellas mujeres que deambulaban por las calles, el ingreso al hospital implicó un encierro.

La creación del hospital de mujeres y la del hospital de hombres respondieron a iniciativas diferentes, y esto marcó diferencias entre ambos: la Sociedad de

¹² Vezzetti (1985), p. 37.

¹³ Talak, A. (2005), “Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina, 1900-1940”, en Miranda, M. y Vallejo, G. (comps.), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 563-599.

¹⁴ Ablard (2008), p. 30. Volveremos sobre el degeneracionismo en el capítulo tres.

¹⁵ Pita (2012), p. 88.

¹⁶ Pita (2012), p. 29.

¹⁷ Ablard (2008), p. 24.

Beneficencia de la Capital Federal incentivó el hospicio para mujeres, y la Municipalidad, el de hombres. Además, el HNA contó con una presencia de autoridad muy fuerte de monjas, lo que generó que estuviera atravesada por nociones religiosas, por ejemplo en la relación con el trabajo y en la vinculación entre “locura” femenina con una posición infantil¹⁸.

La Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal de este modo, fue una institución protagónica en el derrotero de los hospitales¹⁹. Ésta fue formada por mujeres de elite porteña, fundada en 1823, bajo el nombre de Sociedad de Beneficencia de la Capital, primero bajo la órbita del gobierno provincial y luego, desde 1880, sumada a las instituciones Estado Nacional bajo la denominación Sociedad Nacional de Beneficencia. En la tradición liberal argentina de principios del siglo XIX, y con la pretensión de quitarle poder a la iglesia, estas mujeres se ocuparon de las obras benéficas de la Capital

¹⁸ Vezzetti (1985), p. 44-45.

¹⁹ Claramente, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal fue una institución que estimuló la creación y el desarrollo de hospitales como el Anexo de Lomas de Zamora, se ocupó de conseguir fondos públicos para su mantenimiento y participó en su funcionamiento. Además, contribuyó a la conservación de registros de poblaciones como las enfermas mentales, de los que al día de hoy investigaciones como la presente son beneficiarias. De igual modo, conocemos los arduos debates muy atendidos por la historiografía acerca de su lugar ante el Estado y de la relación entre el asistencialismo y el Estado en la Argentina. Sobre este tema véase González Bernaldo de Quirós, P. (2001), “Beneficencia y gobierno en la ciudad de Buenos Aires (1821-1861)”, *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani*, Tercera Serie, n° 24, pp. 45-71; Ciafardo, E. (1990), “Las damas de beneficencia y la participación social de las mujeres en la ciudad de Buenos Aires, 1880-1920”, *Anuario IEHS*, n° 5, pp. 161-170; Pita, V. (2009), “Política, conflictos y consensos en torno al brazo asistencial del Estado argentino. La Sociedad de Beneficencia de la Capital, 1880-1910”, en Eraso, Y. (comp.), *Mujeres y asistencia social en Latinoamérica, siglos XIX y XX, Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay*, Córdoba, Alción, pp. 95-130; Gil Lozano, M. F., Pita, V., Ini, G. (dirs.) (2000), *Historia de las mujeres en Argentina*, tomos I y II, Buenos Aires, Taurus; De Paz Trueba, Y. (2010), *Mujeres y esfera pública. La campaña bonaerense entre 1880 y 1910*, Rosario, Prohistoria; Ortiz Bergia, M. J. (2012), “Asistencia benéfica y gobiernos peronistas en Córdoba”, en Biernat, C. y Ramacciotti, K. I., *Políticas sociales entre demandas y resistencias, Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, pp. 67-96; Guy, D. (2000); (2011), *Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar. Caridad y creación de derechos en Argentina*, Buenos Aires, Prometeo; Lorenzo, M. F., Rey, A. L. y Tossounian, C. (2005), “Images of Virtuous Women: Morality, Gender and Power in Argentina between the World Wars”, *Gender & History*, Vol. 17, n° 3, 567-592; Pita, V. (2007), “Cabellos largos, ideas cortas. Las difíciles relaciones entre las mujeres de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y los médicos porteños. 1880-1905”, en Bravo, M. C., Gil Lozano, M. F. y Pita, V. (comps.), *Historia de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina siglo XIX y XX*, Tucumán, EDUNT; Pita (2009), entre otros.

Federal. Administraron diversas instituciones públicas, articularon espacios de intervención y tutela de niñas, pobres, enfermas y mujeres trabajadoras²⁰. Para 1934, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal administraba 25 instituciones entre las que se encontraban hospitales y asilos, con más de 11.000 camas y consultorios externos²¹. Los fondos para su actividad provenían principalmente de recursos estatales, aunque también recibían donaciones, como comentaremos más adelante para el caso de Lomas de Zamora. Las damas de la caridad tuvieron un peso muy importante en las decisiones de los hospitales, hasta en la elección de los médicos que ingresaban a ellos. Estas situaciones trajeron aparejados conflictos entre la corporación médica y las damas de la beneficencia²². Esta institución, que se ubicó entre el ámbito público y el privado, tuvo un importante lugar, tanto en el escenario político como en la sociedad hasta 1947, cuando fue intervenida²³.

Ablard destaca particularmente para el HNA, que el gobierno se dividía en dos: por un lado el médico director, que se mantenía en su puesto por dos años y cuyo cargo se podía renovar. Él era el encargado de todo lo vinculado con educación, cuestiones científicas y decisiones médicas. Mientras que la Sociedad de Beneficencia, por otro lado, se ocupaba de la cuestión administrativa y presupuestaria, con un grupo de Señoras Inspectoras, que visitaban la institución y reportaban a la directora²⁴.

Lo más importante de esta nueva tecnología para tratar la locura fue entonces el desarrollo de la práctica asilar. La obra que resonó en nuestro país vinculada a esta institución en sus inicios fue la del francés Pinel, que propuso una acción de reforma, según la cual se pretendía controlar las pasiones a partir de una “sanción moral de la locura”. Hugo Vezzetti sostiene que era fundamental el lugar del alienista como figura de autoridad, que se apoya más en una relación de sujeción que en un ideal científico. En una búsqueda por poner orden a la

²⁰ Pita (2009), p. 16; Lorenzo, Rey y Tossounian (2005), p. 568.

²¹ Plotkin, M. (1994), *Mañana es San Perón: propaganda, rituales políticos y educación en el régimen peronista (1946-1955)*, Buenos Aires, Planeta, p. 217.

²² Golbert, L. (2008).

²³ Ramacciotti, K. I. (2009), *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos, p. 25.

²⁴ Ablard (2008), pp. 49-50.

institución, se consideraba preciso realizar diversos aislamientos según criterios psiquiátricos, económicos y morales²⁵.

El tratamiento moral, describe Vezzetti, se compuso de compasión y rigor, comprensión y castigo, persuasión y represión física. El autor lo detalla como un modo de plantear la relación de autoridad entre el alienista y el alienado. Considera que con el tratamiento moral, las anteriores cadenas que sujetaban a los “locos” se habían convertido en un sujetamiento moral; el espacio asilar era el marco apropiado para que esto se llevara a cabo y el trabajo –como una adaptación a la realidad– la actividad fundamental²⁶.

En las primeras décadas del siglo XX, hubo hechos que permitieron la institucionalización de la psiquiatría, como la fundación de la revista *Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines* en 1902 y de la Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal en 1912²⁷. Esto acontecía al mismo tiempo que desde las instituciones hospitalarias se pretendía revelar un funcionamiento impecable, como muestra de modernidad, y generar una imagen del país lejos de otros países latinoamericanos y cerca de los modelos europeos²⁸.

La realidad de estas instituciones mostraba problemas en los procedimientos legales y de admisión. Además –sostiene la historiografía– había más presupuesto para la construcción de los hospitales que para su mantenimiento, lo que generaba las malas condiciones de los establecimientos y el poco pago a los médicos. A estos hechos se sumaba que en las primeras décadas de los hospitales, habían sido convocadas monjas para realizar trabajos administrativos en ambas instituciones (de mujeres y hombres), lo que luego generó problemas en la búsqueda de modernización de los mismos²⁹.

Otro punto destacado que trabajó la literatura especializada argentina –de la que el referente más importante es González Leandri– sobre la etapa anterior a

²⁵ Vezzetti (1985), pp. 51-59.

²⁶ Vezzetti (1985), p. 70.

²⁷ Ablard (2008), p. 33. Sobre esta revista, véase Dovio, M. A. (2014), “Emergencia de Tecnología de gobierno en relación a la ‘cuestión social’ en Buenos Aires. La ‘mala vida’, en revista *Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines y Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, 1902-1934*”, Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

²⁸ Ablard (2008), p. 18.

²⁹ Ablard (2008), p. 25.

nuestra investigación y que nos sirve de antecedente para entender los inicios de nuestro trabajo, es la situación de la corporación médica, con algunas referencias particulares a los psiquiatras³⁰.

Se ubica así, para la segunda mitad del siglo XIX, un proyecto médico con capacidad para abordar cuestiones sociales, en el marco de un Estado donde la idea de higiene y prevención legitimaban la intervención pública. La elite médica de esta época –a pesar de contar con prestigiosos miembros que eran incorporados en diversas oportunidades a los gobiernos– también era heterogénea, por lo que debía promover confianza a la sociedad a partir de la “técnica” y los saberes específicos. De este modo, marca González Leandri, con la promulgación de la ley orgánica del Departamento Nacional de Higiene en 1891 y la inauguración del nuevo edificio de la Facultad de Medicina en 1895, nació una nueva era para los médicos como “cuerpo profesional”³¹. Se sostiene así que la naciente corporación médica se asumió como factor esencial en los ideales de la civilización y el progreso, y propugnaba un sobreinvertimiento político de su papel técnico, una vez identificados con los ideales sociohigiénicos³².

La historia de la profesión médica –como de las profesiones en general– fue relativamente autónoma y tuvo su cronología propia, aunque estuvo marcada por sucesos sociales y económicos³³. Así, para fines del siglo XIX, las élites y la clase política apoyaban a los médicos como gremio y los impulsaban a ocupar lugares para los cuales se los precisaba, como espacios en instituciones estatales y para hacerse cargo de cuestiones como las epidemias. Por lo tanto, el impulso del Estado ayudó a la consolidación de los médicos³⁴.

³⁰ Véase González Leandri, R. (1996), “La profesión médica en Buenos Aires: 1852-1870”, en Lobato, M. Z. (comp.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina*, Buenos Aires, Biblos, p. 64; Ablard, J. (2005), pp. 199-215.

³¹ González Leandri, R. (2010), “Médicos y saberes de Estado en Argentina (1850-1930). Algunas reflexiones”, *PolHis, Boletín Bibliográfico Electrónico*, año 1, n° 6, Dossier 1, “Saberes y Estado”, Plotkin, M. (ed.), pp. 12-13, <http://polhis.com.ar/datos/6dossiers.pdf> (12-11-2014).

³² Vezzetti (1985), p. 29.

³³ González Leandri, R. (1999), *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1862-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, p. 223.

³⁴ González Leandri (1999), pp. 226-228.

Retomamos esta imagen del médico propuesta por la historiografía, que condensa lo científico con lo moral, ya que es donde la figura del alienista encuentra su esencia, donde se plantea una relación de autoridad entre el paciente y el médico, en el marco del tratamiento moral y en el hospital como escenario de fondo³⁵.

Particularmente en referencia a la psiquiatría, Valeria Pita sostiene que la formación de esta disciplina como campo dentro de la medicina fue compleja, y que llevó grandes esfuerzos para los profesionales encontrar legitimidad entre sus pares y con la sociedad. Su participación en diversos espacios como las cátedras, los tribunales, la administración pública y los hospitales, les permitió alcanzar un consenso para actuar³⁶. Estos médicos, como parte de una corporación científica que se estaba desarrollando, debieron enfrentar diversas instancias políticas e institucionales para hacer escuchar su voz, ya sea las damas de la beneficencia, jueces, familiares de pacientes, funcionarios, etc. De este modo, fue en el hospital de "locas", marginales y pobres, donde se fue modelando un ideario psiquiátrico científicista. Al mismo tiempo, el hospital también se fue redefiniendo en relación con sus usos, dinámicas y significados sociales³⁷.

³⁵ Vezzetti (1985), p. 33.

³⁶ Pita (2012), p. 20. Sobre el campo psiquiátrico véase Plotkin, M. (ed.) (2003), *Argentina on the couch: psychiatry, state, and society, 1880 to the present*, Albuquerque, University of New México Press; Stagnaro, J. C. (2006b), "Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en Argentina", *Frenia*, Vol. VI, pp. 7-37; Campos Marín, R. y Huertas García-Alejo, R. (2008), "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría", *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, Vol. CLXXXIV, n° 731, pp. 471-480; Comelles (1988); Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (2005), "Introducción. Para desatar algunos nudos (y atar otros)", en *Instituciones y formas de control social en América Latina. 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Universidad Nacional General Sarmiento, Universidad Nacional de la Pampa, Prometeo, pp. 9-22; Dörner, K. (1974); Eraso, Y. (2002), "El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el Manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX", *Cuadernos de Historia, Serie Economía y Sociedad*, n° 5, pp. 33-63; Fuentenebro de Diego, F. y Huertas García-Alejo, R. (2004), "Historia de la psiquiatría en Europa. Modos de hacer historia de la psiquiatría", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XV, n° 55, pp. 23-28; Grob (1994a); Shorter (1997); Venancio (2007), entre otros.

³⁷ Pita (2012), p. 121.

2.4- La situación del HNA

El problema de la superpoblación de pacientes, la falta de infraestructura y presupuesto en el HNA estuvo presente desde fines del siglo XIX. Uno de sus directores, F. A Piñero, realizó fuertes críticas al HNA apenas ingresó como director (1890). Sostenía que la gran responsabilidad de esta situación de hacinamiento era de la Sociedad de Beneficencia, que sólo invertía en los pabellones para pensionistas. Comentaba que las pacientes dormían en el suelo, que la comida era pésima, que se habían construido pabellones de madera y en malas condiciones para las pacientes indigentes. Decía que sólo quedaba poco espacio en los patios y se hacinaban en las barracas, lo que hacía imposible separar a las mujeres violentas o practicar cualquier tipo de terapia. Además destacaba otros problemas graves en la institución, como que el personal del hospital era enteramente inadecuado, ya que se componía de religiosas católicas, ex convictos, recién llegados de Europa y las mismas pacientes. Toda esta situación, sostenía, generaba malos tratos a las mujeres, y un mal uso de las terapias³⁸.

³⁸ Ablard (2008), p. 35. Para más sobre la relación entre Piñero y las Damas de Beneficencia véase Pita (2007), pp. 17-18. El trabajo de enfermeras en las instituciones hospitalarias durante el siglo XX es una temática estudiada por la historiografía de los estudios sociales de la salud y la enfermedad. Entre los problemas analizados se destacan la presencia de enfermeras “empíricas” sin titulación, su falta de formación y las problemáticas que esto generó en el mercado de trabajo entre las que sí buscaban titularse. Además se investigan cuestiones como el género en tanto eje organizador del mercado de trabajo de la enfermería, la relación entre el trabajo de enfermería y la función doméstica y maternal, etc. Véase Ramacciotti, K. I. y Valobra, A. (2010), “La profesionalización de la enfermería en argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LXII, n° 2, pp. 353-374; Castro Santos, L. A. y Faria, L. (2010), *Saude & Historia*, San Pablo, Hucitec; Mott, M. L. (1999), “Reverendo la historia de enfermagem em Sao Paulo (1890-1920)”, *Cadernos Pagu*, Vol. 13, pp. 327-355; Ramacciotti, K. I. y Valobra, A. (2008), “Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista”, en Barry, C., Ramacciotti, K. I. y Valobra, A. (eds.), *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos, pp. 119-150; Wainerman, C. y Binstock, G. (1992), “El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires”, *Desarrollo Económico*, n° 126, pp. 271-284; Nari, M. (2004), *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*, Buenos Aires, Biblos; Ortiz, T. (2001), “El género, organizador de las profesiones sanitarias”, en Miqueo, C. et al. (eds.), *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Minerva, pp. 39-61, entre otros.

Se calculaba que en 1902 había en el HNA 2056 mujeres y 132 de ellas dormían en el piso³⁹. Para 1908, la situación de hacinamiento era tan grave que su director, el doctor José A. Esteves –en honor a quien se nombró a la nueva institución en 1967– consideraba que no se debían admitir más pacientes, salvo en casos excepcionales. Se manifestaba que, al no tener adónde mandar a las alienadas cuya primera evolución había terminado, no era posible un tratamiento metódico con las agudas.

El problema del HNA se había convertido en una cuestión de Estado, y en estos términos se lo planteó el Poder Ejecutivo al Congreso de la Nación, en el mes de septiembre de 1906, cuando expresó la imperiosa necesidad de mejorar las condiciones higiénicas del HNA. Este hecho movió al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, a cargo de Manuel Montes de Oca, a gestionar con el Banco Hipotecario Nacional en Liquidación, cuyo presidente era Rafael Peró, la ocupación precaria de una casa que este establecimiento poseía en el pueblo de Lomas de Zamora, conocida como Quinta Varela. Se le pidió al ingeniero sueco Carl Nyströmer que se hiciera cargo de los planos del hospital. Este ingeniero era famoso en el país por haber realizado el Palacio de Obras Sanitarias de la Nación y ya había hecho otras obras en el HNA, bajo la dirección de Piñero. El predio de Lomas de Zamora tenía seis hectáreas de amplitud. Nyströmer consideraba que lo que estaba construido se podía utilizar para la administración y que se debían construir pabellones para las pacientes⁴⁰.

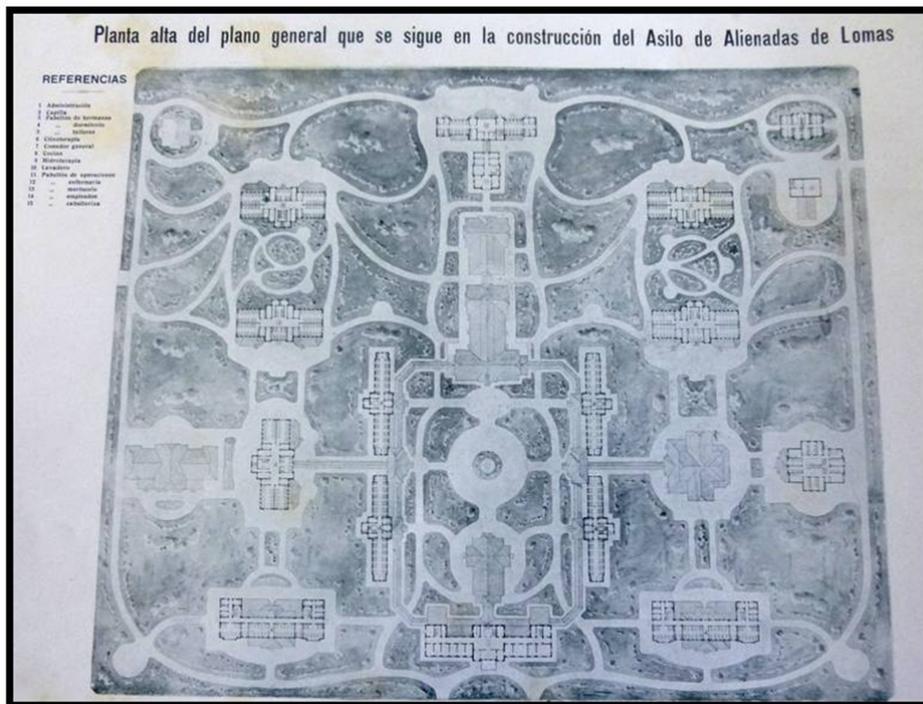
Adoptada esta medida y apenas realizadas las reparaciones y construcciones más indispensables para alojar en esa casa a un considerable número de alienadas, se pensó desde luego en llevar a cabo y con carácter definitivo la formación de un establecimiento que ofreciera no sólo la expansión necesaria del hospital mencionado, sino también las notorias ventajas de carácter técnico derivadas de su ubicación en un pueblo de campaña, en muy buenas condiciones para el mejor tratamiento de las enfermas. Con tal pensamiento, la Sociedad de Beneficencia de la capital, auxiliada por el Gobierno, había ejecutado los estudios pertinentes y confeccionado los planos para las nuevas

³⁹ *Memorias de los 75 años del hospital. Hospital José Esteves de Lomas de Zamora, s/d.*

⁴⁰ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Acta de mayo de 1907. Archivo General de la Nación.

construcciones⁴¹. Notamos en estos dichos las contradicciones propias del discurso acerca de la creación del hospital, ya que por un lado destacaban la importancia de la ubicación del hospital para tratar a las enfermas, y por otro sostenían que serían trasladadas pacientes que no necesitaban tratamiento. Consideramos que existió una diferencia entre lo que las mujeres de la caridad manifestaban sobre la creación de la nueva institución (más cercana a un depósito de “intratables”), y la mirada de algunos médicos que pensaban que un hospital de campaña –al estilo de los nuevos y pequeños hospitales europeos– podía ayudar en el tratamiento de los cuadros mentales de mujeres descriptas como crónicas. Al mismo tiempo, tampoco hubo una mirada única sobre la institución entre médicos, como describiremos más adelante.

Figura 1: Plano que se siguió en la construcción del Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora



Fuente: Álbum histórico de la Sociedad de Beneficencia 1823-1910. Archivo General de la Nación.

⁴¹ Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora, Sociedad de Beneficencia. Legajo 197, año 1902-1908. Archivo General de la Nación.

La Sociedad de Beneficencia nombró en 1904 una comisión para que se encargara de la edificación del nuevo hospital. Esta comisión estuvo presidida Carlos M. Casares, integrada por médicos reconocidos del HNA, como Antonio Piñero, José A. Esteves, Ernesto Pellegrini, y contó con la participación del ingeniero Manuel S. Ocampo, que debía asegurarse de cumplir las medidas higiénicas de la construcción⁴². Ya en 1904, se le escribía una carta al ingeniero Nyströmer en la que se le explicaba:

“Que el establecimiento a construirse estará destinado exclusivamente a dementes crónicas incurables que no necesiten mayores cuidados de asistencia, sin distinción de categorías, a excepción de un pabellón especial [...] destinado a setenta enfermas idiotas, perfectamente aislado de los demás pabellones y con los anexos respectivos: tres o cuatro cuartos de aislamiento, refectorio, lavatorios, cuartos de baño y demás oficinas.”⁴³

El plano general del hospital se trazó con la idea de poder mudar a 500 pacientes del HNA⁴⁴. De este modo, la existencia del hospital de Lomas de Zamora permitiría que el HNA ejerciera la sola función de hospital de tratamiento, sin “distraer” sus elementos en el cuidado de enfermas que no requirieran estrictamente de esa función⁴⁵.

Con el paso del tiempo, el hacinamiento en el HNA se convertía en un problema cada vez más importante y esto explicaba el crecimiento de la población en el Anexo, como veremos en diversos momentos de esta tesis. El doctor Esteves explicaba que el hacinamiento en esta institución se convertía en un problema más grave ante la presencia de enfermas de tuberculosis:

“Ya el número de tuberculosas está aumentando; como que no tenemos en donde aislarlas, porque el galpón destinado a ellas ya no admite

⁴² Chichilnisky (s/f), p. 47.

⁴³ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Nota de 4 de Septiembre de 1904. Archivo General de la Nación.

⁴⁴ Acta 13 Sociedad de Beneficencia. Archivo General de la Nación.

⁴⁵ Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora, Sociedad de Beneficencia. Legajo 198, año 1912-1915. Archivo General de la Nación.

mayor numero. Estas enfermas están diseminadas en los distintos departamentos, como están confundidas las agitadas con las deprimidas, las epilépticas con las sistematizadas, las eróticas con las místicas, en una mezcolanza que da grima”.

También decía

“Debe tenerse presente que en los alienados, el peligro de diseminación tuberculosa es mucho mayor que en los cuerdos. Tocan a las cosas y a las personas, escupen por todas partes, siendo por consiguiente los mejores sembradores de gérmenes⁴⁶”.

Además, el psiquiatra reclamaba por la falta de presupuesto para la institución. Al mismo tiempo que Esteves mostraba su percepción de los alienados –como un estereotipo general para todos– al detallar los riesgos de contagio debido a su comportamiento, podemos ver a partir de sus expresiones diversos aspectos de la situación vivida en el HNA. El psiquiatra describe una institución en la que no era posible separar las pacientes por pabellones según su diagnóstico, no contaban con el personal suficiente para “contenerlas”, ni el espacio para aislar a aquellas que presentaran algún cuadro particular como de tuberculosis.

2.5- La apertura del hospital y sus primeros años

El Anexo de Lomas de Zamora fue creado entonces, según los registros administrativos, para “descongestionar” al HNA de la capital del país. Así se manifestaba la presidenta de la Sociedad de Beneficencia, Etelvina Costa de Sala, a principios del siglo XX:

“[...] solicitando la finca para instalar allí las locas crónicas y las idiotas lo que aliviaría la casa que se encuentra tan hacinada y permitirá el acceso diario siempre tan solicitado”⁴⁷.

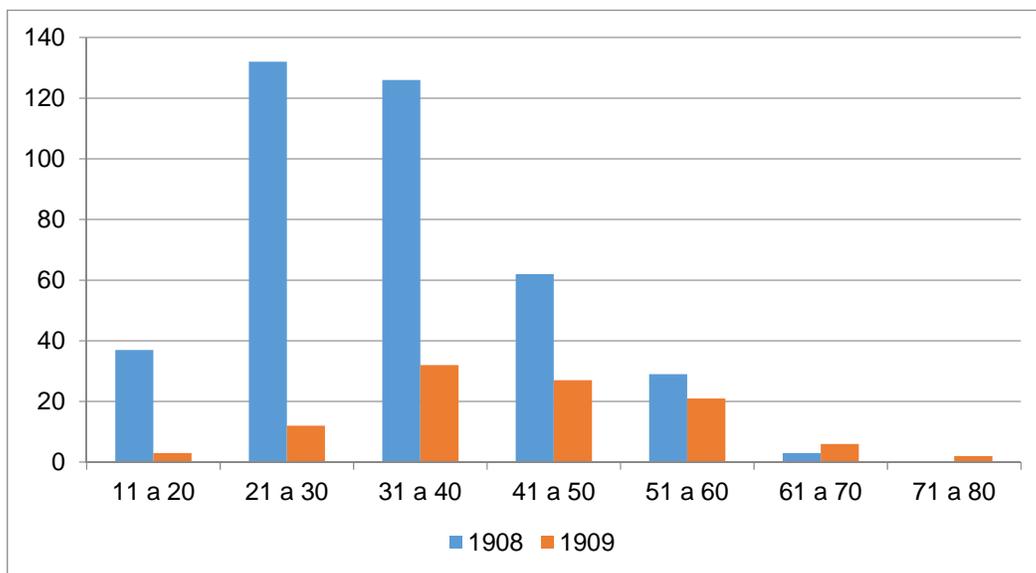
⁴⁶ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 190, 1911-1923. Archivo General de la Nación.

⁴⁷ Acta de la Sociedad de Beneficencia del 10 de julio de 1903. Archivo General de la Nación.

Curiosamente, en los casos que analizamos no aparecen pacientes con diagnósticos vinculados al “idiotismo” hasta 1922, y en un número muy bajo (22 casos en todo el período), lo que implica que, a pesar de haber sido pensado como un hospital también para “idiotas”, en la práctica se caracterizó por albergar pacientes crónicas.

Nuestro trabajo de investigación nos permitió conocer que las mujeres que fueron trasladadas a Lomas de Zamora en los dos primeros años de la institución tenían, en su mayoría, entre 21 y 40 años (como muestra el gráfico N° 1). Este dato nos permite dudar acerca de las descripciones que se realizaban sobre los cuadros mentales de las mujeres, donde se sostenía que ya no había margen de acción terapéutica; particularmente sospechamos de las que tenían alrededor de 20 años de edad, ya que para haber presentado un derrotero tan extenso en el HNA, deberían haber sido internadas prácticamente de niñas.

Gráfico N° 1: Grupos de edades de las pacientes al momento del ingreso en los años de inicio del Hospital Esteves.



Fuente: Actas de la Sociedad de Beneficencia. Memoria de 1909. Archivo General de la Nación.

En los primeros tiempos de la institución eran recurrentes las expresiones –tanto de algunos médicos, como de las damas de la beneficencia– en las que se resaltaba que el Anexo de Lomas de Zamora no había sido creado para tratar las patologías de las mujeres ingresadas en él. Esteves explicaba que, frente al crecimiento de la casa central en cualquier institución, era necesario tener asilos-colonias auxiliares para trasladar a las enfermas que habían pasado su período agudo. Sostenía así que un establecimiento urbano no se concebía sin su colonia, de lo contrario, era incompleto. Pero sobre Lomas de Zamora decía:

“[...] esto no es un establecimiento auxiliar del Hospital urbano, no es una Colonia en el sentido que debe tomarse cuando sirve para contemplar un tratamiento, es simplemente un Asilo, un refugio para muchas de las dementes que había en el Hospital desde años atrás con la disgregación mental más completa y que han venido sin más esperanza que mejorar la situación higiénica de todas.”⁴⁸

Esta mirada sobre la necesidad de la colonia rural como complemento de los hospitales psiquiátricos, y más aún, de estos hospitales-colonias como el dispositivo más apropiado para el tratamiento psiquiátrico (por cuestiones terapéuticas y económicas), era compartida por destacados psiquiatras de la época, como ya mencionamos, particularmente por José Ingenieros y Domingo Cabred⁴⁹. A esto se sumaba la concepción de los espacios verdes como garantía de salud que se sostenía en los ámbitos vinculados con la sanidad hacia varias décadas⁵⁰. A diferencia de Esteves, unos años más tarde, Ingenieros sostuvo que el Anexo funcionaba como complemento rural del HNA.

⁴⁸ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Memorias de 1912. Archivo General de la Nación.

⁴⁹ Cabred, D. (1920), “Antecedentes de la fundación del Asilo-Colonia de Luján”, *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Vol. 7. pp. 357-366; Ingenieros, J. (1920), “Los asilos para alienados en la Argentina”, *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, año VII, pp. 129-156.

⁵⁰ Diego Armus analiza la mirada de médicos, higienistas, políticos, urbanistas y educadores sobre la creación de espacios verdes como recurso para enfrentar los problemas que traía aparejados la urbanización. Destaca el verde como pulmón, el verde civilizador y el verde para la recreación. Véase Armus, D. (2007), *La ciudad Impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires (1870-1950)*, Buenos Aires, Edhasa, pp. 47-60.

Estas declaraciones de Ingenieros nos sirven como indicio para pensar que quizás la mirada médica en las primeras décadas del siglo XX acerca del rol cumplido por el hospital que estudiamos no fue unánime. Además, el análisis de las historias clínicas nos permitió conocer que en el hospital se realizaron diversos tipo de terapéuticas, por lo que encontramos diferencias entre aquello que en teoría se sostenía acerca de la creación de esta institución y las explicaciones y argumentos que surgen a partir del análisis cualitativo y cuantitativo de las fuentes.

Finalmente, el hospital se inauguró en 1908, con una extensión de 210.000 m² y poco a poco se fueron construyendo diversas ampliaciones y realizando mejoras en los pabellones. La inauguración del hospital fue organizada el 26 de septiembre de 1908. Fueron invitados desde el Presidente de la Nación, el Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, Damas de la Misericordia del Consejo Nacional de Mujeres, Subcomité de la Cruz-Roja Argentina, Asociación Madres Cristianas, diputados nacionales, el gobernador de la provincia, otros ministros de Gobierno, senadores nacionales, el intendente municipal, directores de diversos hospitales capitalinos, el ingeniero Carlos Nyströmer, la prensa gráfica: *El Pueblo, La Nación, La Prensa, La Razón, Tribuna, El País, El Diario, La Argentina, El Tiempo, El Diario Español, Caras y Caretas*, entre otros⁵¹. Se recibieron diversas donaciones de las señoras socias, por ejemplo, caballos. Además, se contó con la colaboración de instituciones y empresas; por ejemplo, las autoridades del Ferrocarril del Sud decidieron hacer un cincuenta por ciento de descuento en los fletes de los envíos al hospital⁵².

Al momento de su apertura, el hospital contaba con tres pabellones, y con las ampliaciones realizadas a lo largo del tiempo llegaron a ser catorce. Se trataba de salas donde había un espacio con camas para las pacientes, otro para comer, baños y duchas, enfermería y el consultorio del médico a cargo del pabellón. La población en cada uno superaba las cien pacientes, por lo que las mujeres, aun después de la mudanza, seguían viviendo hacinadas. Esta situación nos da la idea de que, a pesar de las dificultades que entrañaba la

⁵¹ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 197, 1902-1908. Archivo General de la Nación.

⁵² Actas de la Sociedad de Beneficencia. Volumen 0015. F 173. Archivo General de la Nación.

cuestión de la aglomeración ante la patología mental –cuestión de difícil resolución– no había sido solucionada, por lo menos pudieron “desprenderse” de un número de pacientes crónicas del HNA.

También había un interés por parte de los administrativos en la conformación de espacios verdes de la institución. La persona a cargo de la jardinería de Lomas de Zamora había enviado, al momento de la creación del hospital, una lista de semillas de árboles y plantas que se necesitaban para formar los jardines. En esta solicitud también quedó registrada la relación con la municipalidad del partido de Lomas de Zamora, ya que fue al intendente de la municipalidad a quien iba dirigida⁵³.

Además se destacaba que fue pensado como un asilo de carácter provisorio. De hecho, en reiteradas ocasiones se expresó la posibilidad de mudar a las pacientes del Esteves al hospital de Oliva de Córdoba. De igual modo, y para la misma época –los primeros años de la década de 1910–, se sucedieron notas y recortes de periódicos que hablaban de la expropiación de los terrenos contiguos al Anexo para ampliar la institución⁵⁴. A partir de estos registros podemos enfatizar la idea mencionada anteriormente, de que el hospital se fue desarrollando sin una planificación previa y sin una idea clara por parte de sus directivos sobre cuál sería su destino.

Ya en 1909, a un año de la inauguración de la institución, se presentaron reclamos que van marcando las diferencias en la mirada que tenían los médicos y las administrativas sobre las pacientes. El doctor Esteves se dirigía a la Sociedad de Beneficencia y expresaba que el hospital se había abierto sin que las obras sanitarias estuvieran terminadas ni en condiciones, que era preciso ampliar el terreno y que los provisorios pabellones de madera no daban abasto. Esteves sostenía:

“Por más crónicas que sean las alienadas traídas a este Asilo; por más tranquilas y disciplinadas, pasan como ya le he dicho en diversas

⁵³ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Volumen 0015. F 173. Archivo General de la Nación.

⁵⁴ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 190, 1911-1923. Archivo General de la Nación.

ocasiones, por períodos de excitación, sufren episodios delirantes que obligan a someterlas a tratamiento⁵⁵.

Se pensó también que la congregación de una orden religiosa como las Hermanas del Huerto podía ayudar a las mujeres internadas⁵⁶. Para fines de la década de 1910, se solicitó a la Madre Superiora de Nuestra Señora del Huerto la colaboración de seis Hermanas. Esta congregación había colaborado con la Sociedad de Beneficencia desde hacía más de cuarenta años. Por lo tanto fueron éstas las monjas que trabajaron en el Anexo de Lomas de Zamora. Ellas estuvieron a cargo de diversas actividades tanto religiosas como administrativas, y en el trato con las pacientes. Fueron figuras importantes en la institución, especialmente en lo relativo al control, ya que para las primeras cinco o seis décadas del hospital, los médicos estaban presentes durante la mañana y por las tardes eran sólo las monjas, algunas enfermeras y los guardias quienes habitaban la institución⁵⁷.

Claramente, en el hospital existió una colaboración entre el gobierno nacional, provincial y municipal. Esto quedó manifestado en los registros de las mujeres de la Sociedad de Beneficencia, por ejemplo a través de los presupuestos necesarios para la institución y las partidas de dinero que el gobierno nacional le destinaba. También quedó demostrado en otros registros, como aquellos sobre las diversas obras que se realizaron para vincular el hospital con la zona en la que fue instalada, por ejemplo, una carta de 1908 donde se solicitaba el arreglo del camino desde la estación de trenes hasta el asilo⁵⁸.

2.5.1-Nuevas instituciones, viejos problemas

La ampliación del hospital y las modificaciones de espacios construidos en una primera instancia pero considerados poco higiénicos con posterioridad,

⁵⁵ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Memoria de 1909. Archivo General de la Nación.

⁵⁶ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Volumen 0015. F. 147. Archivo General de la Nación. Sobre el lugar de las monjas antes y durante el peronismo, véase Barry, C. (2011), "Las monjas peronistas: política y religión en la ayuda social 1946-1955", *Cultura y Religión*, Vol. V, pp. 117-147.

⁵⁷ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 198, 1912-1915. Archivo General de la Nación.

⁵⁸ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Volumen 0015 F.147. Archivo General de la Nación.

acompañaron todo el derrotero de la institución hasta la década de 1940 (que tengamos conocimiento), y se fueron relatando en diversos documentos relativos a la construcción de los pabellones. Estos registros también nos permiten conocer los distintos vínculos entre el hospital de Lomas de Zamora y el gobierno nacional y sus ministerios, debido a la dependencia de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal de los mismos. Así se registró la construcción, en 1923, de la tercera barraca dormitorio, con documentos en los que se consigna que el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto otorgaba dinero a la institución para la ampliación de dicha barraca a partir de un nuevo pabellón⁵⁹, o en noviembre de 1926 cuando el Ministerio de Hacienda, en nombre del Poder Ejecutivo, notificaba la entrega de un dinero para la construcción de un nuevo pabellón y el lavadero, sólo para nombrar algunos ejemplos⁶⁰.

Figura N° 2: Barraca dormitorio construida en 1923



Fuente: Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 191. Archivo General de la Nación.

⁵⁹ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 191, 1924-1929. Archivo General de la Nación.

⁶⁰ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 191, 1924-1929. Archivo General de la Nación.

Figura N° 3: Barraca dormitorio construida en 1923. Vista interior, salón principal



Fuente: Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 191. Archivo General de la Nación.

Figura N° 4: Acto inauguración de dos pabellones en Lomas de Zamora, Bendición del monseñor Devoto. Julio 1940.



Fuente: Actas de la Sociedad de Beneficencia. Recorte de diario *El Mundo* depositado en Legajo 194. Archivo General de la Nación.

Figura N° 5: Acto inauguración de dos pabellones en Lomas de Zamora. Julio 1940.



Fuente: Actas de la Sociedad de Beneficencia. Recorte de diario *El Mundo* depositado en Legajo 194. Archivo General de la Nación.

Los documentos destacan también el apoyo de las damas de la beneficencia para las construcciones y modificaciones edilicias, tanto por su gestión como por los fondos donados para llevarlas a cabo. De este modo, por ejemplo, en 1930 se realizó la inauguración de un pabellón que se había construido gracias a la donación de una de estas señoras, Doña Juana González de Devoto, por lo que el pabellón llevó el nombre Devoto, y toda su familia, junto con algunos personajes jerárquicos de la Iglesia y la política fueron invitados a ceremonia inaugural⁶¹.

Estas construcciones, junto con las compras de equipamiento, fueron registradas en las Actas de la Sociedad de Beneficencia y, en ocasiones, en la prensa local, ya que, por ejemplo, la apertura de un nuevo pabellón se realizaba ante la presencia de invitados importantes del ámbito político y religioso. Estos eventos eran realizados como una forma de legitimar las acciones de la Sociedad de Beneficencia en la Capital Federal y para

⁶¹ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 191 1924-1929. Archivo General de la Nación. Véase Lorenzo, Rey, y Tossounian (2005), pp. 567-592.

demostrar sus vinculaciones con el poder político y las altas cúpulas religiosas⁶².

Para mediados de la década de 1930, la institución todavía se presentaba acorde a su carta fundacional, como un asilo donde sólo se alojaba a mujeres que no recibían terapias. Sin embargo, a partir de nuestro trabajo sabemos que en hospital ya se practicaban diversos tratamientos con fines de contención pero también terapéuticos (como veremos en los capítulos 3 y 5). Estas concepciones sobre la institución quedaron registradas en la prensa gráfica con la inauguración de un pabellón en diciembre de 1926. Una nota periodística que comentaba el evento decía:

“La nueva dependencia con capacidad para 250 enfermas, eleva a 2700 de ellas la población del importante asilo, donde se cumple el fin de que el hospital central posea un lugar donde aquellas dementes que no se han beneficiado con el tratamiento médico a que allí se les somete, terminan en este asilo su evolución, ya considerada crónica⁶³”.

Ya para 1940, lo que se decía acerca de aquello que la institución representaba y sobre sus características era muy distinto a años anteriores. Así se manifestó por ejemplo su director, doctor Esteves de Balado –ante la apertura de un nuevo pabellón–, y explicó que la situación de la asistencia no se resolvía con un pabellón sino que requería de un proyecto amplio del que la Sociedad de Beneficencia debía hacerse cargo. Consideraba que el hospital era completo por su orientación, sus métodos y su sistema de observación de los enfermos, que vinculaba la medicina mental con la clínica médica, tratando de obtener la mejoría de sus enfermos por el conocimiento de las causas de sus trastornos mentales. Comentó que tenían un hospital terminado y científicamente moderno. Consideraba que faltaba un Departamento Social y clínicas psiquiátricas:

⁶² Actas de la Sociedad de Beneficencia 13 y 15. Archivo General de la Nación.

⁶³ *La Prensa*, 26 de diciembre de 1936. Recorte depositado en Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 192, 1929-1931. Archivo General de la Nación.

“[...] los cuales nos permitirán tomar al enfermo desde los comienzos de sus trastornos y llevar hasta él y sus familiares la seguridad de que esa afección no es un flagelo vergonzante que obligue irremediamente a su enclaustramiento, sino un proceso que, tomado a tiempo, es, la más de las veces, curable y aún en el mismo ambiente del hogar⁶⁴”.

Las declaraciones del director mostraban nuevas ideas acerca de las patologías psiquiátricas, de acuerdo con las cuales era posible la cura y la externación de las pacientes, lo que los posicionaba en un lugar diferente como médicos, pues para los psiquiatras no era positivo trabajar en una institución que no curaba. Todos estos rasgos se alejaban de las descripciones previas acerca de una institución para pacientes “intratables”, que ocupaban un espacio en el HNA que se debía liberar. Estos cambios de discurso, junto con el hecho de haber sido manifestados en la prensa gráfica, los rescatamos como marcas del ambiente que se fue generando en los años previos a que el hospital se autonomizara del HNA. De hecho, tener que pasar por el hospital de la capital cuestiones administrativas era sentido como una carga que retardaba los procesos⁶⁵. Además –para esta época–, hallamos puntos de encuentro entre las descripciones del director y los registros en las historias clínicas sobre las terapéuticas realizadas –a pesar de las falencias en el registro de los expedientes–, lo que habla de cierta continuidad entre el decir de los médicos sobre el hospital y la práctica cotidiana.

Por fuera de las puertas del hospital, durante la década de 1940, sucedieron diversos hechos político-institucionales que fueron marcando el derrotero de los hospitales psiquiátricos en la Argentina. Jonathan Ablard señala algunos de estos sucesos y su impacto en el HNA. Retomamos estos hechos ya que el Esteves todavía formaba parte de dicho hospital.

De este modo se marca un itinerario iniciado en 1943, con Juan Domingo Perón como Director del Departamento Nacional de Trabajo, momento en que se cerró el Departamento Nacional de Higiene y se abrió la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, como parte del Ministerio del Interior. Bajo

⁶⁴ *La Nación*, 29 de julio de 1940, recorte depositado en Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 194, 1940-1944. Archivo General de la Nación.

⁶⁵ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 195, 1944-1947. Archivo General de la Nación.

esta institución se ubicaron a los asilos y las dependencias de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. En 1944 se creó la Dirección Nacional de Salud Pública, bajo la cual se realizaron refacciones en el HNA⁶⁶. En 1946, ya durante la presidencia de Perón, se creó la Secretaría de Salud Pública, a cargo del renombrado cirujano Ramón Carrillo⁶⁷, bajo el decreto 14.807. Esta institución pasó a ser Ministerio de Salud Pública en 1949.

Con Carrillo como secretario, en agosto de 1946 se creó la Dirección Nacional de Alienados e Higiene Mental bajo la dirección de Salomón Chichilnisky⁶⁸. Él mismo expresó que en su gestión hubo una seria preocupación por la higiene sanitaria de los hospitales, el alojamiento de pacientes, su alimentación, limpieza, desinfección, vestuario. Además, manifestó que se consiguieron presupuestos para mejorar la situación salarial del personal médico y enfermeros, para lo cual contó con el apoyo de ministro de Hacienda, presidente de la Cámara de Diputados y el presidente de la Comisión de Presupuesto. También registró la compra de equipos de electroshock e insulina para el Hospicio de las Mercedes con el fin de mejorar los tratamientos que se realizaban. Por último, destacó las refacciones realizadas en el instituto de anatomía patológica de dicho hospital, debido a la relevancia que se le daban a las actividades de investigación⁶⁹. Las descripciones del mismo Chichilnisky muestran que todas estas problemáticas estuvieron presentes en la agenda política y que desde el gobierno se reconocía la situación por la que pasaban los asilos; aunque no contamos con otros documentos que nos aseguren la puesta en práctica de todas estas iniciativas. Entre las acciones propuestas, se

⁶⁶ Ablard (2008), p. 166. Véase también Guy (2000); Golbert (2008).

⁶⁷ Para un desarrollo histórico profundo sobre la figura de Ramón Carrillo, véase Ramacciotti, K. I. (2009), *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos, pp. 43-61.

⁶⁸ Salomón Chichilnisky cuenta que llevó al presidente Perón a conocer el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres, y fue luego de esta visita cuando se le ofreció el cargo. En su relato el médico cuenta que, ante la oferta del presidente y de Ramón Carrillo, él manifestó no ser peronista, pero que entendía que en este momento ser peronista era atender a las necesidades de la nación. En este relato, teñido de subjetividades, consideramos que el psiquiatra quiso mostrar su estrecha relación tanto con Carrillo como con Perón, resaltar su entrega personal a la función asignada y hacer propaganda de la labor realizada en el marco de su gestión. Chichilnisky, S. (s/f), *Historia de la psiquiatría argentina*, Buenos Aires, p. 78. Este material nos fue brindado por Jonathan Ablard, quien lo recibió de manos de la hija de Chichilnisky cuando todavía no había sido publicado.

⁶⁹ Chichilnisky (s/f), pp. 91-96. Este médico también describió situaciones vividas en hospitales en el resto de país y las medidas que se llevaron a cabo en cada caso.

mencionaba el traslado de pacientes desde el HNA para lograr su descongestión hacia Lomas de Zamora en 1947. Es decir que en este contexto, la función que se pensaba por parte del gobierno para nuestro hospital de estudio era la misma⁷⁰.

Las críticas de los médicos sobre el modo en que la Sociedad de Beneficencia administraba las instituciones se profundizaron en las décadas de los treinta y los cuarenta, y afectaron la legitimidad de la administración hospitalaria. Además los recursos que las instituciones sanitarias necesitaron fueron cada vez más, debido a las innovaciones tecnológicas requeridas y a los gastos salariales derivados de la agremiación de ciertos trabajadores de la salud. En pocas palabras, esta nueva situación económica, en un contexto de intervencionismo estatal creciente (particularmente desde 1946), sirvió a los funcionarios públicos como excusa para estatizar espacios que habían estado bajo el ala de la beneficencia en un proceso de reestructuración de las políticas sociales⁷¹.

A estos hechos políticos-institucionales, agregamos cuestiones internas del campo psi. Fue en la década de 1940 cuando se institucionalizó el psicoanálisis en nuestro país (1942)⁷², el cual fue creciendo e impregnando la psiquiatría y las instituciones hospitalarias principalmente en las décadas siguientes. Esta época se caracterizó por posiciones laxas y abiertas entre los psiquiatras, que permitieron importantes intercambios y la cohesión como campo, a pesar de las diferencias teóricas (principalmente la psicoanalítica y la reflexológica). Además, comenzó a tener lugar un nuevo discurso psiquiátrico, con la presencia del movimiento de la higiene mental vigente que, ocupado en las consecuencias de las condiciones ambientales en la enfermedad mental, permitió poner fin al paradigma heredo-degenerativo⁷³. Los profesionales del campo de la higiene mental no estaban en contra de la existencia de hospitales psiquiátricos, pero sí pensaban que era preciso mejorar la atención en ellos.

⁷⁰ Ablard (2008), pp. 174-180.

⁷¹ Ortiz Bergia (2012), pp. 70-71.

⁷² Balán, J. (1991), *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino* Buenos Aires, Planeta; Plotkin, M. (2001), *Freud in the Pampas*, California, Stanford University Press.

⁷³ Este movimiento se institucionalizó en la Argentina en 1929, con la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, presidida por Gonzalo Bosch (1885-1967). Para más sobre higiene mental véase Dagfal, A. (2009), *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*, Buenos Aires, Paidós, pp. 59-98.

Además, sostenían que era posible tratar ciertas patologías “funcionales” de forma ambulatoria y con psicoterapia, por lo que las internaciones debían acotarse a los cuadros más graves⁷⁴. En estos tiempos iniciales de consolidación de la especialidad psiquiátrica, también se generó el primer entrenamiento específico en psiquiatría, aunque las primeras residencias aparecieron a fines de la siguiente década⁷⁵.

En lo que refiere a la psicología, hizo su aparición como ciencia aplicable en la Argentina hacia las décadas del cuarenta y del cincuenta, lejos de los hospitales, cuando el Estado argentino planteó políticas económicas que aspiraban a la industrialización. La búsqueda de una mayor productividad laboral y del rendimiento en el trabajo fueron consignas reconocibles en el Segundo Plan Quinquenal (1952), que implicó la inversión en tecnología y en recursos humanos especializados para el logro de la eficacia y la productividad. En este proceso, la concepción de la psicología en Argentina fue virando y comenzó a considerársela una ciencia, lejos ya de su pasado especulativo y filosófico y más cerca de ser una ciencia experimental, de la mano de laboratorios y trabajos estadísticos y matemáticos. El papel del Estado como planificador fue central en este proceso, ya que dio lugar a la institucionalización académica de la orientación profesional y la psicotecnia a partir de la Reforma Constitucional de 1949. Se buscó una comprensión holística de la problemática de la industria a partir de la cuestión fisiológica, psicológica, social y económica. Así, fueron circulando escritos y teorizaciones referidos a la necesidad de seleccionar de manera científica al obrero, considerando sus aptitudes físicas y psíquicas. En este proceso, se hizo uso de teorías como las tomadas por la criminología, que describieron los biotipos humanos y los vincularon con diversos métodos de medición psicológica para conocer a los obreros y medir sus aptitudes y debilidades⁷⁶.

⁷⁴ Dagfal (2009), p. 96.

⁷⁵ Plotkin (2001), p. 126.

⁷⁶ Véase Golcman, A. A (2011) “Juan Kaplan y la presencia de la psicología en las fábricas. Argentina, Segunda mitad del siglo XX”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. XI, pp. 129-148

2.5.2-El hospital Esteves de Lomas de Zamora⁷⁷

En este apartado pretendemos marcar algunos cambios importantes que sucedieron en la institución desde los años cincuenta hasta el final de nuestro análisis. Como ya mencionamos, sabemos que los cambios son procesos que no pueden ser marcados en una fecha específica; sin embargo, destacamos ciertos hechos que fueron mostrando una institución diferente a la de décadas anteriores.

Durante este período, el hospital de Lomas de Zamora sufrió diversos cambios en sus dependencias institucionales, dejó de ser un anexo del HNA y fue vinculándose cada vez más con la comunidad de la zona. Como ya señalamos, este proceso inició bajo el primer gobierno del presidente J. D. Perón, contexto en el cual los derechos sociales ocuparon un lugar primordial en la agenda de gobierno –entre ellos, los referidos a la salud–, y en el que la organización institucional y la fuerte presencia estatal en todo el territorio argentino permitieron que muchas ideas pensadas previamente pudieran comenzar a tomar forma⁷⁸.

En este período se creó la Secretaría de Salud Pública (1946), que se transformó luego en el Ministerio de Salud Pública (1949). El HNA dejó de depender del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (cuyo vínculo había comenzado en 1904⁷⁹), cuando pasó a estar en manos de la Secretaría de Salud Pública, bajo el decreto 20.113. Además, en el decreto 5.188 de 1947 se dispuso que la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal pasaría a la órbita de la Secretaría de Salud Pública⁸⁰. Luego, el hospital en estudio, entre

⁷⁷ Para este período, hay pocas fuentes disponibles vinculadas con el hospital, lo que contrasta con la cantidad de documentos y la sistematicidad que presentan los registros de la Sociedad de Beneficencia. No está claro si la reducción de la cantidad de fuentes responde a una disminución en los registros del hospital o a su falta de conservación. Visitamos diversas instituciones en la búsqueda de dicha información (Biblioteca del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y en el Archivo de la Cancillería, perteneciente al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, Ministerio de Salud, Municipio de Lomas de Zamora, entre otras) y los datos encontrados fueron escasos. De todos modos, abordamos los documentos relevados de forma cualitativa y cruzamos esta información con las entrevistas realizadas al personal del hospital.

⁷⁸ Ramacciotti (2009), pp. 13 y 168.

⁷⁹ Ablard (2008), p. 39.

⁸⁰ Boletín Oficial 17/5/48, Secretaría de Salud Pública.

muchas otras instituciones, pasó a formar parte del Ministerio de Trabajo y Previsión, en la Dirección Nacional de Asistencia Social, en 1951⁸¹.

En el campo de la psiquiatría, se vivió un importante proceso de institucionalización, que se vio plasmado en la organización en el país de diversos congresos internacionales⁸², en la creación de distintas instituciones y en el pasaje de una psiquiatría tradicional, de orientación biológica, replegada en el hospital, a una orientación interdisciplinaria según la cual el psiquiatra debía nutrirse de psicoanálisis y otras ciencias humanas⁸³.

En el aspecto institucional, el primer Congreso Argentino de Psiquiatría fue en Buenos Aires en 1956⁸⁴. Ese mismo año se formó la Comisión Argentina Permanente de Jornadas y Congresos de Psiquiatría, y en 1957, la Comisión Argentina Asesora de Salud Mental, al mismo tiempo que el Ministerio de Salud Pública creó el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) bajo el Decreto 12.628. El INSM fue una agencia estatal independiente, que centralizaba la

⁸¹ Golbert (2008). Ortiz Bergia sostiene que el proceso de centralización de las políticas sociales argentinas se produjo de forma incompleta, parcial y selectiva, lo que dio lugar a que congregaciones religiosas y asociaciones civiles tuvieran una participación en la acción social durante la segunda mitad del siglo XX. A esta situación se suma que durante la década de 1940 su sumaron actores y organizaciones que incursionaron en ámbitos de la salud, como las reparticiones estatales, los sindicatos, las agrupaciones partidarias y la Fundación Eva Perón. Véase Ortiz Bergia (2012), pp. 69-70. A su vez, Donna Guy sostiene que el peronismo se adueñó del proceso del Estado de Bienestar en la Argentina al cooptar problemáticas que venían preocupando desde el siglo XIX, por ejemplo a feministas y filántropas. Véase Guy (2011).

⁸² Dagfal, A. (2015), "El pasaje de la higiene mental a la salud mental en la Argentina, 1920-1960. El caso de Enrique Pichon-Rivière", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n° 5, pp. 25-26.

⁸³ Dagfal (2009), p. 61.

⁸⁴ Las características del gobierno peronista se modificaron después de 1950; fue una etapa marcada por la caída del precio del grano, los conflictos con la iglesia católica -entre otras razones por la supresión de la educación religiosa obligatoria y el planteo de la primera ley de divorcio-, y la muerte de Eva Perón en 1952. Fue además una época marcada por un gobierno más represivo, por la afiliación compulsiva de los trabajadores estatales al partido peronista y por un acoso a las instituciones culturales e intelectuales (que eran dirigidas por lo general por antiperonistas). Como cierre de esta etapa, en septiembre de 1955, Perón fue derrocado por la autodenominada "Revolución Libertadora". Sobre el devenir de las disciplinas psi en esta etapa véase Dagfal, A (2012) "Psychoanalysis in Argentina under Peronism and Anti-Peronism (1943-1963)" en Damousi, J. y Plotkin, M. (eds.). *Psychoanalysis and politics. Histories of psychoanalysis under conditions of restricted political freedoms*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 135-164

psiquiatría pública y los servicios de prevención⁸⁵. Esta institución fue una respuesta activa del Estado a los problemas en el campo de la salud mental. El INSM estaba compuesto por dos órganos: el Consejo Nacional de Salud Mental, y la Comisión Asesora de Salud Mental. Estos órganos contaron con cinco y trece miembros respectivamente. Sus postulados eran la centralización normativa y la descentralización ejecutiva en la prevención y asistencia⁸⁶. Sabemos que el hospital de Lomas de Zamora dependió de dicho instituto, el cual puso el acento en la formación de recursos humanos y la modificación de ciertas estructuras existente. Muchas de las propuestas del INSM se materializaron recién en la década de 1960, pero para 1958 ya se habían creado por ejemplo, las residencias dependientes del INSM bajo las enseñanzas de los psicoanalistas más reconocidos⁸⁷.

En octubre de 1959, se fundó la primera asociación sindical, la Federación Argentina de Psiquiatría (FAP). Este hecho sucedió en el marco de la III Conferencia de Asistencia Psiquiátrica. Un año después, durante la IV Conferencia de Asistencia Psiquiátrica, se aprobaron los estatutos de dicha asociación. La FAP intentó organizarse de modo federal, dividida en siete regiones, cada una de las cuales tenía sus autoridades, que al mismo tiempo estaban representadas por los delegados en las asambleas generales. Esta asociación se propuso desde su creación ser un organismo científico, profesional y gremial, y como sostienen la historiografía especializada, hasta fines de la década de 1960, fue un organismo sin poder efectivo ni pudo concretar gran parte de sus proyectos⁸⁸. Todos estos datos antes mencionados, permiten entender un momento de consolidación de la disciplina. En la psiquiatría tuvieron lugar otros cambios, que formaron un ambiente de época que influyó en el hospital que analizamos y en algunos psiquiatras que trabajaron en él. Sabemos que ese período fue un parteaguas entre profesionales de la salud, entre aquellos más progresistas, que aceptaron los cambios, y otros más ortodoxos, que quedaron asimilados a los asilos y sus prácticas tradicionales. En este escenario, cobraron peso las diferencias

⁸⁵ Plotkin (2001), p. 128; Carpintero y Vainer (2004), pp. 61-71.

⁸⁶ Carpintero y Vainer (2004), *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*, tomo I, Buenos Aires, Topía, pp. 67-69

⁸⁷ Dagfal (2009), p. 482.

⁸⁸ Dagfal (2009), p. 485; Carpintero y Vainer (2004), pp. 259-265.

ideológicas entre los psiquiatras, proceso que se profundizaría con el devenir de las décadas siguientes. Consideramos relevante marcar algunos aspectos de estos cambios en la disciplina, porque sabemos que en el contexto de Lomas de Zamora había médicos de ambos grupos.

A partir de la década del cincuenta, se hizo eco en todo el mundo el movimiento de la Salud Mental, y esto repercutió en la psiquiatría local. Esta idea, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, respondió a un escenario de posguerra en el que se sostenían ideales de cambio y libertad. Se ponía el foco más en la salud y la prevención que en la enfermedad, y se esperaba que la psiquiatría *saliera* de los asilos⁸⁹. Además, fue un momento en el que el psicoanálisis comenzó a ocupar un lugar en la asistencia pública de salud, siendo la experiencia del Hospital Gregorio Aráoz Alfaro, “El Lanús” a cargo de Mauricio Goldemberg, un hito fundacional de este proceso. Este hecho generó diversos fenómenos en el campo psi, principalmente la posibilidad para un público más popular de tener un acercamiento a la teoría freudiana y, al mismo tiempo, la apertura de otras puertas de formación psicoanalítica por fuera de su institución oficial (la Asociación Psicoanalítica Argentina)⁹⁰.

Fue en esta década también, cuando la psicología empezó su proceso de profesionalización, con la apertura de las carreras en distintos puntos del país. Este hecho generó la presencia cada vez más fuerte de estos profesionales durante los cincuenta y sesenta, y las luchas gremiales de estos grupos tanto por encontrar un lugar en el campo de la salud mental, como por definir su relación con otros profesionales de la salud, principalmente los psiquiatras.

Durante los sesenta, con la incorporación del psicoanálisis cada vez más fuerte en el campo psiquiátrico, se produjeron, por ejemplo, cambios en la FAP, con un psiquiatra “reformista” a la cabeza (1966), donde se comenzó a poner en práctica las ideas planteadas al momento de su creación. Por otra parte, en 1967 el INSM puso como primera función la promoción de la salud mental, lo que marcaba la influencia de las ideas vigentes a nivel internacional, pero al centrarse en las mismas instituciones que pretendía modernizar, no buscaba

⁸⁹ Para más sobre la Salud Mental véase Dagfal (2009), pp. 74-80; Plotkin (2001), pp. 126-129; Carpintero y Vainer (2004), pp. 59-61.

⁹⁰ Véase Visacovsky, S. E. (2002), *El Lanús, memoria política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires, Alianza; Dagfal (2009), pp. 297-303; Plotkin (2001), p. 124.

un cambio en la estructura de la atención psiquiátrica. Hacia fines de la década de 1960, se promovió una atención centrada en el modelo de comunidad terapéutica y se dio financiamiento y viabilidad a través de acciones concretas a esta transformación. En este marco se confiaba en los aportes de otras disciplinas para resolver los problemas de salud mental como psicólogos, sociólogos, antropólogos, terapeutas ocupacionales.

Volviendo al hospital en estudio, a partir de las características de su creación, en el imaginario de las personas de la zona y también de algunos trabajadores de salud, quedó impregnada la idea que el Anexo de Lomas de Zamora cumplía la función de “depósito” porque había sido creado para las pacientes “irrecuperables”. Consideramos que el hospital, como institución, fue estigmatizado y, por lo tanto, también lo fueron su personal y sus pacientes⁹¹. Más allá de que el hospital se haya independizado del HNA, y de que haya evolucionado hacia un hospital psiquiátrico clave de la zona oeste de la provincia de Buenos Aires, deducimos que algo de la idea de “resto” y “depósito” quedó inscripta en las referencias a la institución y se escucha hasta hoy⁹².

En lo relativo a obras de construcción –y vinculado con lo antes mencionado–, la obra más importante realizada de la que tenemos información para la época fue la construcción del muro perimetral, con la supuesta finalidad de proteger a las mujeres. De este modo se aislaba a las pacientes del resto de la comunidad de la zona. Para justificar la “necesidad” de construir el muro perimetral se utilizó el caso de una paciente de 34 años que supuestamente se había fugado, y que al momento de la denuncia estaba embarazada de cinco meses, “...para seguridad de las enfermas y tranquilidad de sus familiares⁹³”.

Por otra parte, en 1967 se cambió el nombre del hospital a José A. Esteves. Este cambio se realizó junto con el de otras instituciones. Fueron ocho los

⁹¹ Para Goffman, la persona con estigma no es considerada del todo humana, es diferenciada y discriminada. Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Nueva York, Simon & Schuster.

⁹² Es por eso que a partir de las décadas de 1980 y 1990 existe un importante grupo de profesionales que lleva adelante diversos proyectos para reincorporar estas pacientes en el ámbito de la comunidad y para sacar al hospital de su mote de cronicidad (Entrevista realizada por la autora a L. V., psicóloga de la institución, 19 de mayo de 2013).

⁹³ Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 196, 1947-1951. Archivo General de la Nación

establecimientos dependientes del Instituto Nacional de Salud Mental a los que se les adjudicó el nombre de “ilustres precursores” de la especialidad psiquiátrica argentina, o de figuras “descollantes” en el ámbito asistencial. Además, a partir de una resolución de la Secretaría de Salud Pública, se imponía la supresión del vocablo “neuropsiquiatría” en el nombre de estas instituciones, con el fin de “...obviar la reticencia con que el mismo es recibido en sectores de la comunidad”⁹⁴. Entendemos estas determinaciones –para el caso de Lomas de Zamora– como acciones simbólicas que buscaban marcar diferencias respecto de tiempos previos de la institución, cuando ésta dependía del HNA.

Otro indicio importante que encontramos en la prensa local que marca cambios en el rol del hospital, para la década de 1960, fueron los cursos de electroencefalografía (aparentemente anuales) que se dictaban en la institución. Este dato nos permite entender que contaban con este aparato, lo que significaba un gran avance para diagnosticar —particularmente la epilepsia—, y además es una muestra de que el hospital se había convertido en un espacio de enseñanza para otros profesionales. Probablemente, la existencia de estos cursos (como quizás de otras actividades que no tenemos registro) haya generado la visita de diversos profesionales de la salud mental a la institución⁹⁵. Chichilnisky se refirió a este tipo de actividades como la incorporación de espacios de docencia en los hospitales, como parte del trabajo del Instituto Nacional de Salud Mental tanto para psiquiatras como para psicólogos y terapeutas ocupacionales⁹⁶.

Además del vínculo con profesionales de la salud, aparentemente en esta época se realizaban diversas actividades con el fin de juntar fondos para la institución (desfiles de moda, tés canasta, festivales), y actividades que se efectuaban en el hospital a las que era invitada toda la comunidad

⁹⁴ *La Unión*. Año LXXI, 23 de Julio de 1967, Lomas de Zamora.

⁹⁵ *La Unión*, Año LXXII, 22 de marzo de 1968, Lomas de Zamora; *La Unión*, Año LXXII, 15 de abril de 1968, Lomas de Zamora; *La Unión*, Año LXXII, 16 de febrero de 1969, Lomas de Zamora.

⁹⁶ Chichilnisky (s/f), p. 120.

conjuntamente con los familiares (por ejemplo, clases de danza). Dichos eventos eran publicitados en la prensa local⁹⁷.

Es por esto que, a pesar de lo antes mencionado sobre la imagen que tenemos del Esteves como depósito, pensamos que el hospital se convirtió, para las últimas décadas que abarca esta investigación, en un espacio donde parte de la población de la zona encontró trabajo o pudo llevar a sus familiares con cierto problema mental para ser tratados, así como un lugar en el que se llevaban a cabo eventos culturales y se podían realizar actividades recreativas y deportivas⁹⁸.

La presencia de otros profesionales de la salud y la participación de mujeres en espacios hospitalarios de poder también marcan cambios en la institución. Por ejemplo, tenemos registro de que en 1968 asumió la jefatura de Servicio de Neurología del Hospital la primera mujer, y única en ese momento, con el título de neurocirujana⁹⁹. Además en 1969, se llamaba a concurso de psicopedagogos, asistentes sociales y enfermeros¹⁰⁰. La incorporación de psicólogos en las instituciones mentales se entendió como la presencia de nuevas perspectivas y como un empuje para la realidad psiquiátrica. En esta misma sintonía, también la Terapia Ocupacional se valoraba para la rehabilitación y recuperación del enfermo mental¹⁰¹. Este ambiente de época, junto con otros cambios importantes relativos al modo de entender la patología mental, derivó en la apertura del Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas. Este proyecto tuvo lugar en el marco de otras experiencias auspiciadas por el INSM; entre ellas se destacan la del Hospital A. L. Roballos, en la provincia de Entre Ríos, y en la Clínica Federal, ubicada en la misma provincia. Se las describía de la siguiente manera:

“En el aspecto técnico se produce una apertura hacia la comunidad, en el sentido que los hospitales dejan de ser simples depósitos de

⁹⁷ *La Unión*, Año LXXIII, 17 de diciembre de 1969, Lomas de Zamora; *La Unión*, Año LXXIV, 4 de noviembre de 1971, Lomas de Zamora.

⁹⁸ Entrevista realizada por la autora a L. V., psicóloga de la institución, 20 de junio de 2013. Entrevistas realizadas por la autora a vecinos de Lomas de Zamora, 12 de julio de 2012.

⁹⁹ *La Unión*, Año LXXII, 29 de junio de 1968, Lomas de Zamora.

¹⁰⁰ *La Unión*, Año LXXIII, 22 de junio de 1969, Lomas de Zamora.

¹⁰¹ Chichilnisky (s/f), p. 120.

pacientes. Se trata de incluir a la familia en el tratamiento, de favorecer que el enfermo que está recluido o internado, tenga más contacto con la realidad sana de la calle, así como con su propia familia. La puesta en práctica de la filosofía de Comunidad Terapéutica permite una mayor interacción de los pacientes entre sí y entre los pacientes y el equipo terapéutico. El equipo terapéutico está formado por los médicos psiquiatras, psicólogos, sociólogos, terapias ocupacionales, asistentes sociales y líderes de grupo.”¹⁰²

De este modo, el 23 de septiembre de 1969, se realizó la apertura del centro piloto en el Esteves; por medio de un convenio tripartito entre la Secretaría de Salud Pública del Estado, la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires y la Municipalidad de Lomas de Zamora. A este evento estuvieron invitados el Secretario de Estado de Salud Pública, el Director Nacional del Instituto Nacional de Salud Mental, el Subsecretario de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, el intendente de Lomas de Zamora, etc. Se describía que la inauguración de este espacio piloto implicaba la concreción de los objetivos insertos en el Programa Nacional de Salud Mental en lo que refería a la regionalización de las acciones asistenciales. Con esta política se buscaba organizar y evaluar mejor la demanda, realizar una programación preventiva y capacitar al personal¹⁰³. Ubicamos la experiencia de comunidades terapéuticas como el punto más alto de cambio paradigmático en el Esteves, a partir de las nuevas ideas de la salud mental. Aquí se buscó cruzar líneas teóricas del psicoanálisis y la psicología comunitaria y se pretendió humanizar la psiquiatría, trabajar con la comunidad en la prevención y externación de las pacientes. Ésta representó un hito en el campo de la salud mental argentina, en una época en que estaban sucediendo cambios en la institución, con profesionales interesados en generar transformaciones, y otros que pretendían sostener las dinámicas tradicionales de las instituciones hospitalarias. Esta experiencia terapéutica –cuyo análisis será desarrollado en el capítulo 5 de esta tesis, y que cierra nuestra investigación–, claramente tuvo

¹⁰² Chichilnisky (s/f), p. 120.

¹⁰³ *La Unión*, Año LXXIII, 21 de septiembre de 1969, Lomas de Zamora; *La Unión*, Año LXXIII, 23 de septiembre de 1969, Lomas de Zamora.

el apoyo político del Estado nacional, provincial y municipal y pretendió ser un puente de inserción del hospital a su comunidad, un rasgo que claramente marcó a la institución en este período.

2.6- Algunas ideas finales

En este capítulo nos propusimos describir el derrotero del hospital donde centramos nuestro análisis. Encontramos diferencias importantes entre la finalidad con la que se construyó la institución y las prácticas que en ella se realizaban, temas que iremos desarrollando a lo largo de los próximos tres capítulos. Al mismo tiempo, a partir de la década de 1940 hubo un corte en los dichos de las figuras relevantes de la institución –como sus directores–, sobre qué tipo de institución se trataba. Concretamente, se pasó de la idea de un depósito de crónicas a un hospital llamado “moderno”. De igual modo, antes ya de este corte, sostenemos que las posturas no fueron unánimes entre los médicos a cargo de la institución, y hubo quienes apostaron a este espacio como terapéutico, aunque más no sea para probar terapias a modo de tranquilizar síntomas y formar psiquiatras, es decir, más cerca de la preocupación por el devenir de la disciplina que de la salud mental de las mujeres. Es más, sostenemos la hipótesis de que fue quizás el lugar secundario que se le dio a esta institución como un mero depósito de “intratables” el que pudo generar cierta libertad en los médicos para llevar a cabo su práctica.

Uno de los puntos que quisiéramos destacar de este capítulo, es cómo un hospital creado para resolver el problema de hacinamiento y sin planificación a largo plazo sigue abierto hasta hoy. Una institución pensada como “depósito de un resto” de población femenina, se fue construyendo, ampliando y mutando hasta convertirse, seis décadas después de su apertura, en el escenario de un hito en la salud mental del país con el proyecto de Comunidades Terapéuticas. Los problemas básicos que motivaron la creación de la institución –el hacinamiento y la cronicidad– se reprodujeron en este hospital, probablemente por el hecho que marcan los textos científicos sobre que había más fondos para la apertura de instituciones que para su mantenimiento. De igual modo, en este hospital, fueron sucediendo otras vicisitudes, que alimentaron la

conformación y especialización de la práctica psiquiátrica, es decir, la institución misma fue un espacio que promovió el desarrollo de la disciplina.

El Esteves es, además, un caso interesante para analizar la relación entre el Estado nacional, el provincial y el municipal en lo que a la salud mental se refiere. Esta relación se puede observar tanto en el trabajo conjunto de las primeras décadas de la institución, como en los diversos pases de dependencia que se fueron presentando. El hecho de haber dependido por varias décadas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal también lo convierte un hospital relevante para la historia de los asilos en el país y para la historia de las prácticas concretas realizadas por las damas porteñas que la conformaban. De igual modo, consideramos valioso haber cruzado la información “oficial” brindada por la Sociedad de Beneficencia con otros documentos, ya que a partir de cuestiones puntuales pudimos observar que la interpretación acerca del hospital cambiaba según las fuentes utilizadas. Por ejemplo, desde el registro de las damas se sostuvo que se trataba de un hospital creado para “idiotas” y crónicas, pero a partir de nuestro análisis sobre los diagnósticos de las pacientes, notamos que no hubo prácticamente pacientes “idiotas” y que éstas aparecieron recién en la década de 1920. Otro ejemplo claro fue que, mientras la Sociedad de Beneficencia describía al hospital con un verdadero “depósito humano”, en ciertos artículos científicos, los médicos lo posicionaban como una institución complementaria del HNA y claramente terapéutica.

Además, vinculamos los grandes rasgos de la psiquiatría desde el cambio de siglo hasta la década de 1960, con lo sucedido en el derrotero institucional del hospital en estudio. A pesar de su lugar periférico dentro de la historia de las instituciones hospitalarias de Buenos Aires, notamos la presencia de las marcas más relevantes de las ideas psiquiátricas en el hospital: desde el tratamiento moral hasta las ideas psicoanalíticas y de la psicología comunitaria. Su carta fundacional y el alto número de pacientes crónicas que lo habitaron y que verdaderamente no tuvieron otro destino en la institución más que esperar la muerte, no le quitaron al Esteves el valor de haber sido un espacio donde se plasmaron las ideas y se probaron los diversos tratamientos que fueron llegando al país.

Por último, notamos que desde la década de 1960 el hospital se encontraba integrado a la comunidad, y lamentamos no contar con más documentos para

conocer este contexto en profundidad. Para este período, claramente la mirada sobre la institución y el modo de comprender la patología mental habían cambiado, al menos en una parte de los profesionales de la salud. Se sostenía la importancia de incorporar al enfermo mental dentro de una comunidad y permitir el ingreso de los vecinos a la institución. Se entendía que los vínculos podían modificar los cuadros psiquiátricos y se empezó un proceso que continúa hasta hoy, que pretende quitar los estigmas de las pacientes y reintroducirlas a la sociedad. Desarrollaremos algunos puntos más sobre el lugar del Esteves en la comunidad de Lomas de Zamora al final de esta investigación, cuando relatemos la Experiencia Piloto de Comunidades Terapéuticas.

CAPÍTULO III

La población hospitalaria y la vida en la institución: el largo camino desde el diagnóstico hasta la muerte

3.1- Introducción

**Historia clínica 5516. Legajo 106: Ingresó a Lomas de Zamora en 1910, fue diagnosticada con demencia precoz hebefrénica. Murió en 1950, es decir, estuvo 40 años internada.*

**Historia clínica 30888. Legajo 48: Ingresó a Lomas de Zamora en 1934, fue diagnosticada con demencia precoz. Murió en 1959, es decir, estuvo 25 años internada.*

**Historia clínica 45212. Legajo 37: Ingresó a Lomas de Zamora en 1952, fue diagnosticada con esquizofrenia. Murió en 1967, es decir, estuvo 15 años internada.*

Estas tres mujeres recibieron los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia durante diferentes momentos de los que abarca nuestra investigación y vivieron en el hospital por largos períodos de tiempo hasta su muerte, aunque estos tiempos se fueron acortando cuanto más avanzado en el siglo XX éstas fueron internadas. A partir de las descripciones manifestadas en sus historias clínicas, sus derroteros cotidianos por el hospital fueron prácticamente iguales¹. Según la gran mayoría de los registros que quedaron en los expedientes médicos, la vivencia en la institución muestra una aparente homogeneidad, aun cuando se fueron presentando cambios en la vida institucional.

Este capítulo habla entonces de las constantes en el hospital, donde “la música de fondo” era un comportamiento aparentemente homogéneo, sostenido en el tiempo, y la vida cotidiana en la institución no se puede periodizar por cambios visibles, sino que pareciera que todo transcurría igual, con un ritmo propio e independiente del externo. Más allá de sus características personales y de sus distintas procedencias, todas las pacientes del Esteves compartían haber sido diagnosticadas con una enfermedad mental y habitaron un neuropsiquiátrico

¹ La situación manifestada en las historias clínicas de aquellas mujeres que recibieron tratamientos es parcialmente diferente. En el capítulo 5 hablaremos específicamente de las terapias presentes en el hospital.

hasta su muerte. Nos interesa en particular abordar ciertas variables de este colectivo: la cronicidad, la convivencia con las otras pacientes, el impacto del lenguaje en esta convivencia y en los diagnósticos que figuran en la ficha de admisión a la institución.

En este capítulo procuraremos describir esa cotidianeidad; seguir la lógica interna de la institución para encontrar respuestas. Buscamos reproducir la impresión de *falta de paso del tiempo* que nos genera la lectura de las fuentes. Este hecho genera que la periodización del capítulo tenga una lógica propia y diferente a los demás temas tratados en esta tesis. Es en este capítulo donde destacamos el uso del *tiempo largo* -mencionado en el primer capítulo- que se representa en las descripciones de esta vida cotidiana hospitalaria. A pesar de centrarnos en los procesos internos de la institución, la información provista por las fuentes nos invita en ocasiones a vincular ciertas problemáticas presentes en el hospital con el contexto en que éste se insertaba (como la *gran inmigración*)².

A partir de las características de la institución que analizamos, encontramos dos lecturas diferentes sobre el comportamiento de las pacientes, que conviven en nuestra investigación. Por un lado, a partir de los análisis cuantitativos y las lecturas en el largo plazo de los procesos hospitalarios, nos enfrentamos a rasgos de una institución total con pacientes crónicas y pasivas. Por otro lado, al analizar casos concretos destacados, podemos ver agencia en estas mujeres en actos precisos como iremos desarrollando en el capítulo (intentos de fuga, resistencia a terapias, violencia al personal, etc.).

El trabajo de Erving Goffman entonces, nos resulta una referencia obligada; como explicamos en la introducción de esta tesis, no sólo por tratarse de un clásico en el estudio de las instituciones asilares, sino porque a pesar de los avances historiográficos que sofisticaron la mirada sobre los manicomios y las fuertes críticas que recibió el trabajo de Goffman, el hospital que investigamos tuvo rasgos convencionales de una institución total y fue aplastante para con las subjetividades de sus pacientes. Goffman desarrolla su teoría sobre las instituciones totales, a las que explica como lugares de residencia y de trabajo

² Sobre cómo pensar la cronología para la historia de las enfermedades véase Armus, D. (2014), "Discursos, políticas y experiencias en la historia de las enfermedades", en Biernat C. y Ramacciotti, K. I. (eds.), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Biblos, pp. 37-50.

donde gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Su desarrollo hace especial hincapié en los internos de los hospitales psiquiátricos, y se propone exponer una versión sociológica de la estructura del yo³. Para este capítulo nos interesa particularmente retomar la teoría de control social planteada como trasfondo en el trabajo de Goffman, de acuerdo con la cual se fue describiendo una normatividad que estaba implícita en la práctica aunque no se encontrara objetivada. Que se narra a partir de diversas coyunturas del proceso de internación. Así, describe la normatividad generada al tratar a todos los internados del mismo modo, aplicando la “doctrina psiquiátrica” más allá de las diferencias personales que hubiera entre ellos. Explicaba Goffman que el sólo hecho de ingresar a la institución implicaba convertirse en un enfermo mental: la primera mutilación al yo tenía lugar al marcar una barrera entre el “interno” y el mundo exterior. Primero se aislaba al enfermo, quien luego entraba en una rutina reglamentaria, regida por el sistema de premio y castigo, y su vida pasada pasaba a ser representada por su historia clínica y su diagnóstico. Se trataba de una relación en la que uno mandaba y el otro obedecía, ya que la voz del psiquiatra era indiscutible⁴.

El autor describe también, a partir de las desfiguraciones en los cuerpos de los internados –por las terapias de shock por ejemplo–, cómo se generaba la pérdida de seguridad personal. Además, los individuos participaban de diversos actos indignos en su cotidianeidad en la institución, que generaban consecuencias simbólicas incompatibles con la concepción de su propio yo. La intención de Goffman era mostrar las instituciones psiquiátricas a partir de la vida de los enfermos, bajo el sistema de obediencia generado por la institución, y nosotros retomamos algunas de estas ideas del autor para ubicar estos rasgos de nuestro caso de estudio en esta línea de investigación, mediante la cual se pretende dar visibilidad a la normatividad implícita de estas instituciones psiquiátricas.

³ Goffman, E. (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, p. 13.

⁴ Goffman (2001).

Al mismo tiempo, las historias clínicas de las pacientes de Lomas de Zamora nos permiten hacer un collage con retazos de biografías rotas para así esbozar pequeños rasgos y marcas de cientos de mujeres que transitaron la mayor parte de sus vidas en una institución hospitalaria. Sus singularidades y subjetividades desaparecían al ingresar al Esteves, cuando se convertían en un “sello diagnóstico” en una historia clínica, o un cúmulo de síntomas que no llegaban a adquirir una identidad nosológica.

De este modo destacamos los diagnósticos de estas mujeres, como un dato constante a partir del cual pudimos trabajar. Dentro de estos diagnósticos, nos centraremos en las patologías de psicosis –que fueron los cuadros psiquiátricos que más se diagnosticaron en la institución–. Principalmente analizaremos las mujeres que fueron diagnosticadas con demencia precoz y esquizofrenia, ya que son los cuadros nosológicos que elegimos como caso de estudio para analizar el modo en que los psiquiatras entendieron dichas patologías y llevaron a cabo las prácticas médicas con pacientes crónicas. Por último, destacamos que existen silencios en los expedientes médicos de datos prefijados (impresos) en las fichas de admisión que en la práctica no se registraban. Estos datos nos permitirían conocer mejor las vidas de las mujeres previa a su internación, y al mismo tiempo, estos silencios demuestran cuáles eran en la práctica hospitalaria concreta, los datos utilizados para diagnosticar.

El capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, buscamos describir cuestiones generales de la población hospitalaria que nos permitan tener una imagen de cómo estaba constituido y cuál era el perfil de las pacientes. Ciertos rasgos, como el número de pacientes, la cronicidad y su situación socioeconómica serán descriptos en este primer apartado. En segundo lugar describiremos cómo entendieron la locura y cómo la nombraron los psiquiatras al momento de diagnosticar, particularmente haremos hincapié en los diagnósticos elegidos como caso de estudio (demencia precoz y esquizofrenia). En otro apartado buscaremos indagar cómo se interpretaron y registraron estos diagnósticos en el cotidiano de una institución. En tercer lugar, indagaremos cómo afectó la cuestión de la *gran inmigración* en nuestro objeto de estudio (la visión sobre la patología mental) y en nuestra institución de referencia, el Hospital Esteves. Este rasgo básico de la población hospitalaria es tratado en un apartado especial debido a la relevancia de esta

información para nuestra investigación, pues hasta casi mediados del siglo XX, más de la mitad de las pacientes eran extranjeras. Además indagaremos sobre las complicaciones al diagnosticar debido a las diferencias culturales e idiomáticas entre médicos y pacientes. En cuarto lugar haremos una reconstrucción de la vida cotidiana en la institución, haciendo especial hincapié en la soledad y la violencia con que convivieron estas mujeres.

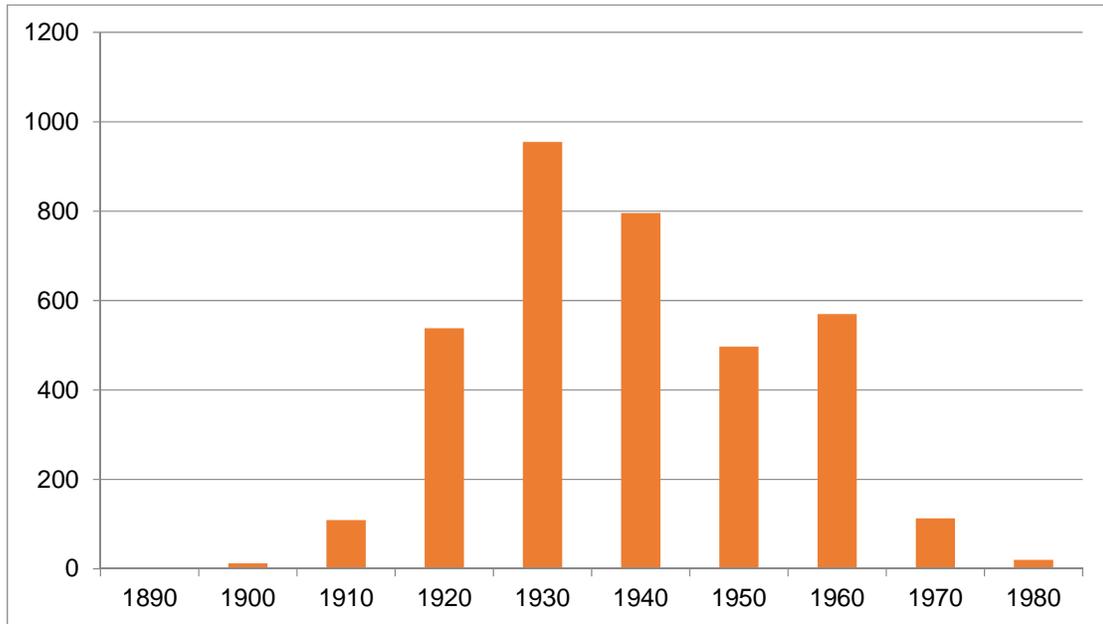
3.2- La población hospitalaria

A partir de las fuentes con las que trabajamos, pudimos llevar a cabo dos tipos de análisis sobre la población hospitalaria. Por un lado desarrollamos un trabajo cuantitativo donde el material que nos permitió formular una base de datos fue principalmente los diagnósticos, registros de terapias practicadas y datos personales de las mujeres. Por otro lado, para llevar a cabo un trabajo cualitativo utilizamos el paradigma indiciario que analiza Carlo Ginzburg (mencionado en el capítulo uno), ya que en los aparentes “vacíos” de información, también quedaron huellas que nos permiten desarrollar nuestra investigación. A partir de estos indicios entonces, es que pudimos rastrear –en los expedientes médicos y en algunos documentos oficiales de la Sociedad de Beneficencia– las huellas de lo que fue aquel mundo hospitalario que estudiamos. Es decir, buscamos reconstruir a partir de rastros que quedaron, una vida cotidiana de una institución que convivió y se ocupó de la “locura”, particularmente, de la esquizofrenia.

El ingreso de pacientes al hospital Esteves será el primer dato que describiremos. Éste fue muy variable a lo largo de los años estudiados; las décadas de los treinta, cuarenta y sesenta se destacan con casi mil, ochocientos y seicientos ingresos respectivamente (gráfico N° 2). Al analizar otras fuentes que complementaron el trabajo con las historias clínicas, notamos que el ingreso al hospital se relacionaba con coyunturas de ésta y otras instituciones hospitalarias. Por ejemplo, en las Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal advertimos que los grandes movimientos de pacientes al Esteves respondían a las necesidades del HNA de liberarse de ellas. Esto sucedió mientras estas instituciones estuvieron vinculadas. Posterior a esta fecha, los expedientes muestran que las derivaciones de otras

instituciones continuaron siendo una importante fuente de ingresos de pacientes.

Gráfico N° 2: Cantidad de ingresos por décadas



Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en el total de las Historias Clínicas.

Como complemento del trabajo con las historias clínicas, y en busca de realizar una indagación en profundidad, que agote la mayor cantidad de fuentes posibles sobre la temática, encontramos en las Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal –antes mencionadas- datos como la población total hospitalaria. De este modo sabemos que para 1911 la población del hospital era de 495, número que se mantuvo con un lento crecimiento en los diez años que continuaron; y para 1926 encontramos que hubo un incremento importante, con 762 mujeres internadas, cifra que fue ascendiendo hasta llegar, en 1935, a 2428 pacientes; y en 1941, a 3244. Claramente, la población hospitalaria fue creciendo desde su apertura en 1908 hasta la década de 1940. Sabemos, a partir de los casos que analizamos, que entre las décadas de 1920 y 1940 se concentró la mayor parte de los ingresos a la

institución⁵, el 56% del total. Luego de la década de 1940, cuando el hospital se desvinculó de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, ya no tenemos esta información y no encontramos otras fuentes que nos permitan continuar este registro (Véase cuadro N° 11 en el Anexo N° 2).

Sostenemos con esto que, a partir de nuestro estudio pudimos realizar un análisis sobre el crecimiento demográfico del hospital psiquiátrico, y destacar que en un mismo contexto (Buenos Aires) se pudieron presentar diferencias importantes entre instituciones según los fines pensados para éstas y también de acuerdo con su ubicación geográfica. Es decir, no es lo mismo pensar el crecimiento poblacional del HNA, por ejemplo, que tomar el caso de un hospital pensado para pacientes crónicas y en las afueras de la Capital Federal, como Anexo de Lomas de Zamora.

Para ubicar los discursos historiográficos que dan cuenta del crecimiento demográfico de la población psiquiátrica seguimos al autor Andrés Ríos Molina, quien distingue entre dos argumentos clásicos sobre esta temática⁶. Este autor marca, en primer lugar, el argumento originado por la obra de Michel Foucault de 1961, *Historia de la locura en la época clásica*⁷, donde explica la consolidación de un poder central moderno basado en diversas instituciones de control social cuyas funciones fueron legitimadas por el saber científico⁸ a partir del denominado “Gran encierro”. Este hito inició con la fundación, en 1656, del Hospital General en París. Hacia esa época, con el absolutismo de Luis XIV en el poder, fueron encerrados todos aquellos sujetos considerados indeseables por las instancias de control social: indigentes, alcohólicos, seniles, huérfanos, viudas y enfermos mentales, entre otros.

Como segundo argumento, el autor colombiano sigue a Roy Porter⁹, quien criticó a Foucault señalando que este fenómeno, aunque se replicó en diversos lugares del mundo a lo largo del siglo XIX, no se desarrolló del mismo modo en toda Europa y en Estados Unidos. Ríos Molina retoma también aquellas

⁵ El 15% en la década de 1920, el 23% en la de 1930 y el 18% en la década del cuarenta.

⁶ Ríos Molina, A. (2010), “Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”, *Historia Mexicana*, Vol. 59, n° 4, pp. 1295-1337.

⁷ Foucault, M. (1961), *Historia de la locura en la época clásica*, vol. 1, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 75-125.

⁸ Ríos Molina (2010), p. 1301.

⁹ Porter, R. (2003), *Breve historia de la locura*, España, Fondo de Cultura Económica, pp. 96-113.

explicaciones de la historiografía reciente que siguen a Porter, según las cuales, para comprender el crecimiento de la población psiquiátrica es preciso evitar miradas de corte general y encontrar la manera en que cada contexto particular y el entorno social da cuenta de dicho crecimiento. Cita, por ejemplo, al autor Mark Finnane, quien destaca que los manicomios fueron instituciones cuya función se estructuró por un proceso de usos y costumbres más que por los imperativos legales y financieros erigidos por el Estado¹⁰. Nosotros nos ubicamos desde esta última postura mencionada, más que desde una mirada total sobre el crecimiento poblacional de las instituciones como se describe en el análisis de Foucault, pero acotamos un poco más el problema: destacamos que, en el caso del hospital que analizamos, las lógicas de crecimiento poblacional parecen haber respondido principalmente a cuestiones internas de la institución y a sus vínculos con otras. Es decir que en un mismo contexto geográfico, el crecimiento puede tener lógicas diferentes según las especificidades de la institución.

En relación con la composición socioeconómica de las pacientes internadas, había dos tipos de pacientes: las pensionistas y las llamadas indigentes. A partir de la introducción al fondo documental del Hospital Esteves realizada por el equipo del Archivo General de la Nación en su Departamento intermedio, sabemos que el hacinamiento que se vivía en el Hospital Nacional de Alienadas (HNA) generó que para 1894 se estableciera un servicio especial para pensionadas de familias pudientes que reclamaban mayores comodidades. Este servicio mantenía físicamente aparte a las pensionadas de las pacientes comunes y tenía cuatro categorías. En una historia clínica del Esteves encontramos una ficha especial para pensionistas. La introducción al fondo documental nos invita a pensar que la ficha de pensionadas que encontramos en el expediente médico había pertenecido al HNA o que en el Asilo de Lomas de Zamora se utilizaba el mismo formato de ficha de pensionistas, es decir no se trataba de un formato particular para nuestra

¹⁰ Finnane, M. (1985), "Asylums, Families and the State", *History Workshop Journal*, n° 20, pp. 134-148. Ríos Molina también cita a Gerald Grob para el caso norteamericano y a Edward Shorter para el caso francés. Véase Grob, G. (1983), *Mental Illness and American Society, 1875-1949*, Princeton, Princeton University Press; y Shorter, E. (1975), *The Making Modern Family*, Nueva York, Basic Books; (1997), *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Nueva York, John Wiley & Sons; Ríos Molina (2010), pp. 1301-1302.

institución ¹¹. La ficha describía un conjunto de medidas preventivas de la institución para con la salud de sus pacientes y para poder mantener el vínculo entre las familias y ellas, pero no encontramos el seguimiento de estos procedimientos en las historias clínicas. Las visitas que podían recibir las pensionadas eran en días distintos al resto de las pacientes, según lo que expresaba esta ficha. Se describía que cada “enferma” podía recibir la visita de cuatro miembros de su familia, pero que no podían entregarles alimentos, bebidas, fósforos o alcohol. Además decía que los menores de 12 años no podían entrar al establecimiento. También describía que las pensiones debían ser abonadas por mensualidades adelantadas, en la primera semana del mes, que los familiares debían comunicar en la secretaría del hospital si cambiaban de domicilio, y debían presentar un certificado de vacunación para entrevistarse con ellas. Por último, se manifestaba que existía una “contribución de conciencia”: una donación mensual que los parientes, tutores o encargados podían realizar en beneficio de sus asiladas¹². A partir de los expedientes médicos, observamos que no había un seguimiento sistemático de aquellas pacientes que eran pensionistas. Cuando el expediente médico presenta el dato de la condición social de la paciente (sólo pudimos rastrear 17 casos), no se distinguía a qué categoría pertenecían y no revelan un trato diferente entre pensionistas y el común de las pacientes.

Las fuentes de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal nos brindan algunos datos aislados sobre la cantidad de pacientes pensionistas que hubo en la institución durante los años treinta hasta principios de los cuarenta. De este modo sabemos, como se muestra en el cuadro siguiente, que el número no superó el 10%, y fue disminuyendo en la medida que creció la población.

¹¹ Las cuatro categorías eran de \$250, \$150, \$100 y \$50 mensuales. Véase "Archivo General de la Nación - Departamento Archivo Intermedio: Descripción general del fondo Hospital Neuropsiquiátrico 'JOSÉ A. ESTEVES'", investigación realizada por Andrés Pak Linares, mimeo consultado en el AGN-DAI.

¹² Historia clínica 34881, Legajo 84, año 1941. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

Cuadro N° 1: Porcentaje de pacientes pensionistas del Hospital Esteves entre 1931 y 1941.

Año	Pacientes pensionistas	Pacientes en total	Porcentaje
1931	73	1078	7%
1932	86	1231	7%
1933	78	1419	5%
1934	91	1437	6%
1935	148	2428	6%
1936	91	2438	4%
1937	88	2672	3%
1938	85	2688	3%
1939	89	2751	3%
1941	77	3244	2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Libros de Actas de la Sociedad de Beneficencia. Archivo General de la Nación

El Hospital Esteves fue y es una institución pública, y gran parte de la población que lo habitaba para el período en estudio había vivido en un contexto paupérrimo antes de su ingreso a la institución, ya que muchas de ellas eran mendigas. Por lo tanto, las condiciones de vida que les ofrecía el hospital no eran tan distintas a las que atravesaban en sus hogares superpoblados o en las pensiones de inmigrantes en las que habitaban (para las primeras décadas de nuestro trabajo). El hambre y el frío habían sido parte de su vida cotidiana previa a la internación, y este espacio les significó, al menos, un techo seguro. Pero en otros casos –el de las pensionistas antes mencionadas, por ejemplo– el ingreso a la institución hospitalaria implicaba el abandono de su hogar y de su familia para empezar una vida solitaria en un lugar hostil.

Más allá de estas dos categorías que se nos plantean en las fuentes en relación con el origen socioeconómico de las pacientes, destacamos que, a pesar de su origen, el hecho de estar internadas les significó una pobreza intrínseca que se generaba por el mismo ingreso en la institución. Es decir, a pesar de haber habitado uno u otro pabellón y de contar con ciertos beneficios,

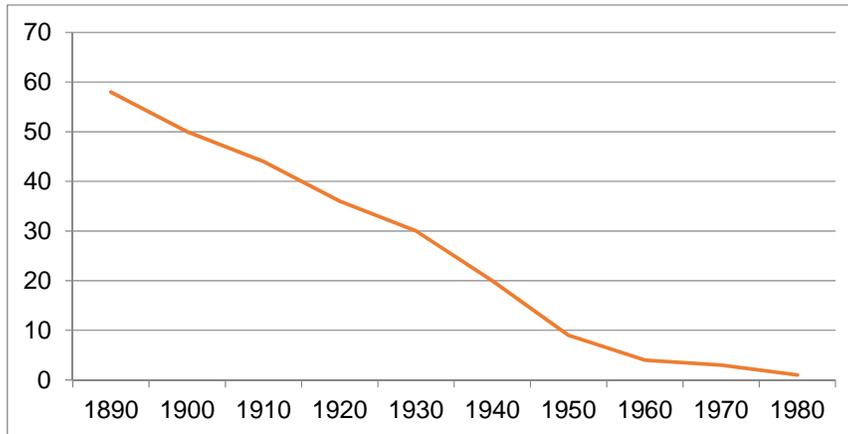
ser pacientes crónicas de un neuropsiquiátrico implicaba la pérdida del manejo de los bienes propios (en el caso de las pacientes que los hubieran tenido antes de su ingreso al hospital)¹³.

Otro tema relevante sobre la población hospitalaria, fue la cronicidad de las mujeres que analizamos, las cuales murieron en la institución. Pudimos calcular cuántos años estuvieron internadas, puesto que figuran fechas de admisión y de muerte en los expedientes médicos. De este modo sabemos que hasta la década de 1930, el promedio de internación era de 30 años. Esta cifra disminuyó 14 años entre 1910 y 1930. En el gráfico número 3 queda representada la relación del tiempo de estancia de las pacientes en las diversas décadas, y puede verse dicho decrecimiento. Para las últimas décadas de la investigación no podemos determinar cuántos años permanecían internadas, ya que nuestra base de datos se concluye en 1987, por lo tanto, aquellas mujeres que hayan ingresado entre 1970 y 1987 probablemente no estén incluidas en ella por haber muerto después de la fecha en que finaliza. Además, a pesar de que las historias clínicas no presentan la edad de las pacientes al momento de su ingreso o al de su fallecimiento, por la cantidad de años que estaban internadas, proponemos la hipótesis de que las mujeres ingresaban siendo jóvenes y morían ya ancianas. Este hecho pudo haberse modificado para las décadas de 1950 y 1960, en que el 20% de las pacientes presentaban algún diagnóstico vinculado a la senilidad (véase gráfico N° 4).

La disminución de años de internación a que hacíamos referencia puede deberse también a que para esta época comenzaron a ingresar pacientes envejecidas, de hecho con el correr del siglo XX se incrementó notablemente la cantidad de pacientes que no llegaban a estar ni un año internadas o sea, que murieron al poco tiempo de entrar.

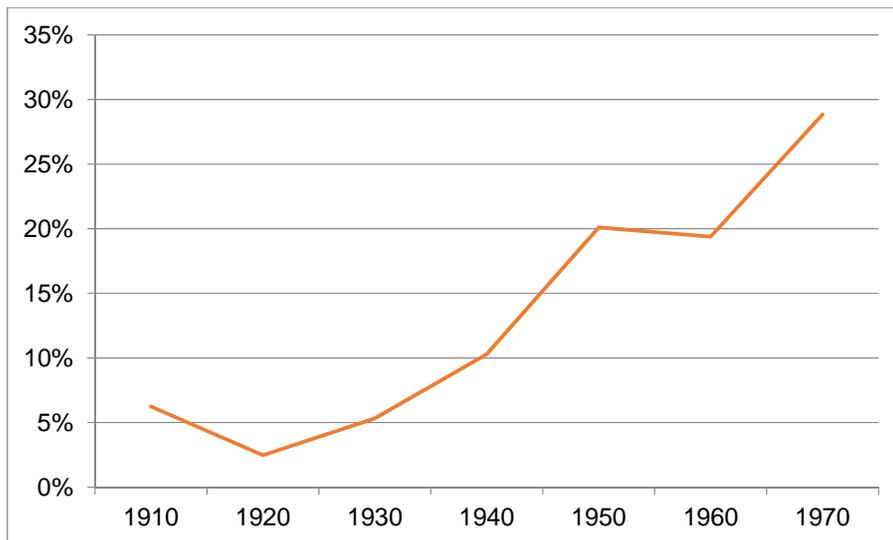
¹³ Según el Código Civil argentino, los bienes de los dementes quedaban bajo la administración de quien solicitase ser curador o, en el supuesto de no existir persona alguna, una defensoría asumía dicha disposición. El insano perdía la administración de sus bienes y, en los casos más severos, la capacidad de disponer de ellos. Véase Código Civil de la República Argentina. Artículos 152 y 152 bis.

Gráfico N°3: Promedio de años de estancia de las pacientes calculado según década de ingreso.



Fuente Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en el total de las Historias Clínicas¹⁴.

Gráfico N° 4: Porcentaje de pacientes con patologías vinculadas a la senilidad



Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

¹⁴ El cálculo se realizó de la siguiente manera: se consideraron los años de internación de cada una de las pacientes (diferencia entre fecha de fallecimiento e ingreso), y se estimó el promedio de estancia por décadas correspondiente al año de ingreso. Notamos así, por ejemplo, que todas las mujeres que entraron en la década de 1910 vivieron, en promedio, 30 años en la institución.

De este modo enfatizamos algunos rasgos destacados de la población hospitalaria. La diversidad de fuentes y el cruce de lecturas cualitativas y cuantitativas, permiten armar una imagen reconocible de quienes habitaron el Esteves –más allá de las singularidades y las excepciones-. Destacamos la superpoblación en la institución, la pobreza de sus pacientes, la cronicidad en sus estancias en la institución hasta su muerte y el proceso de envejecimiento de dicha población.

3.3-Los diagnósticos: el “ojo clínico” observa, interpreta, describe y registra

Como expresamos en la introducción de esta tesis, el análisis de los diagnósticos se desprende del interés por conocer el modo de interpretar y actuar ante la patología psiquiátrica. De acuerdo con esta premisa analizamos los distintos cuadros de psicosis, que fueron las patologías que más se diagnosticaron en la institución, y elegimos particularmente como estudio de caso la demencia precoz y la esquizofrenia por tratarse de las patologías mentales más destacadas por los médicos del siglo XX, y los diagnósticos que más se repitieron entre las psicosis en la institución.

Nuestra mirada se centra particularmente en el primer encuentro entre el médico y la mujer que ingresa al hospital: en ese momento en el que se le imprimió un “sello diagnóstico” a partir de la primera percepción que tuvo el psiquiatra sobre el cuadro clínico que creyó tener enfrente y que, por lo general, era un tilde que las acompañaba en toda su internación. Tomamos la idea de Michael A. Schwartz, quien sostiene que en psiquiatría se genera una preconcepción del paciente a partir de las tipificaciones, que son la base de esas definiciones explícitas de criterios y categorías que componen las clasificaciones¹⁵.

Cuando empezamos a rastrear trabajos historiográficos en los que se utilizaron historias clínicas e indagaron sobre los diagnósticos que éstas presentaban, nos encontramos por ejemplo con el caso español ya mencionado del Hospital

¹⁵ Schwartz, M. A. (1987), “Typifications. The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 175: 65-77.

Leganés¹⁶, donde se expresa que los médicos seguían la tipología propuesta por un autor (Kraepelin) para diagnosticar a los pacientes. Nuestro caso de estudio presentó otra realidad en el modo de diagnosticar. Rafael Huertas describe una relación entre el concepto y el término: considera que si se investiga un período extenso, las categorías diagnósticas pueden variar y también los términos utilizados por los médicos. El uso de uno u otro término puede mostrar en qué plano doctrinal se ubicaba el psiquiatra, y muestra claves sobre la evolución conceptual de la práctica psiquiátrica en un determinado lugar, el grado de asimilación de determinadas teorías, etc. La complicación surge, manifiesta el autor, cuando en una misma historia clínica se encuentran diversas doctrinas, lo que señala la complejidad del acto clínico y la distancia entre las posturas irreconciliables dentro de las teorías y el eclecticismo que se presenta al momento del trabajo clínico¹⁷. Esta situación es la complicación con la que nos encontramos para nuestro caso de estudio. A partir de los diagnósticos relevados, se pueden visualizar un abanico de líneas teóricas correspondientes a diversos países y escuelas, que podrían presentarse combinadas y que nos impiden encasillar la labor de los psiquiatras del Esteves a partir de una doctrina particular.

De este modo, a partir de esta aproximación a los diagnósticos de las historias clínicas, un primer aspecto que es necesario destacar es el eclecticismo con que trabajaron los psiquiatras del hospital. Notamos un uso y combinación de diversas doctrinas psiquiátricas según las necesidades que se fueron

¹⁶ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), "El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939): Población manicomial y prácticas asistenciales", Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid; Conseglieri Gámez, A. M. (2014), "El manicomio Nacional del Leganés en la Posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínicos asistenciales", Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Para otras experiencias hospitalarias véase Tierno, R. (2008), "Demografía psiquiátrica y movimiento de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. VIII, pp. 97-131; Mackenzie, C. (1985), "Social factors in the admission, discharge and continuing stay of patients at Ticehurst Asylum. 1845-1917", en Rynum, W. F., Porter, R. y Shepherd, M. (eds.) (1985), *The anatomy of Madness*, vol. 2, Londres, Nueva York, Tavistock, pp. 147-174; Beveridge, A. (1995), "Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908", *History of Psychiatry*, nº 6, pp. 21-54 y 133-157.

¹⁷ Huertas, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría*, Madrid, Catarata; (2013), pp. 155-156.

presentando al momento de practicar la clínica. Los médicos que trabajaron en las admisiones, que se ocuparon de diagnosticar a las pacientes, fueron los que hoy nos permiten conocer la labor cotidiana y ese primer encuentro con la paciente que llegaba a la institución¹⁸.

Los diagnósticos expresados en los expedientes médicos presentaban tal variedad que requirieron de una organización. Primero nombramos a las “sin diagnóstico”; de este modo nos encontramos con 151 expedientes médicos sin diagnóstico (el 11% del total). A partir del grupo de pacientes que sí lo presentaron, 1180 mujeres (89%), dividimos entre aquellas mujeres que tuvieron diagnóstico de psicosis (fueron 908, el 77%) de las que no lo tuvieron (272, que representan el 23%). De este modo pudimos ver qué relevancia tuvieron los diagnósticos de psicosis en el total de la población estudiada.

Cuadro N°2: Clasificación de los diagnósticos de las pacientes del Hospital Esteves

Diagnósticos	Cantidad de pacientes	Porcentajes
Sin datos	151	11%
Sin psicosis	272	20%
Esquizofrenia y demencia precoz	247	19%
Demencia	207	16%
Delirio	168	13%
Múltiple	164	12%
Otras psicosis	105	8%
Paranoia	17	1%
Totales	1331	

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

Una vez que ingresamos al trabajo con las psicosis (como muestra el cuadro N° 2), fue preciso dividir los diferentes diagnósticos que presentaban.

¹⁸ Para conocer el total de los diagnósticos utilizados en el Esteves, véase Anexo N° 3 con el Thesaurus diagnóstico completo.

Denominamos a un grupo “sin psicosis”, en el que unificamos todos los otros cuadros patológicos descritos (20%). Los casos de demencia precoz y esquizofrenia (19%), demencia (16%), delirios (13%) y paranoia (1%), fueron los cuadros que se destacaron cuantitativamente, por lo que los consideramos individualmente.

Luego, a una cantidad importante de diagnósticos variados que no tenían una representación cuantitativa suficiente para ser analizados individualmente, los agrupamos con el nombre de “otras psicosis”. Por último generamos en grupo de “múltiple”, que fueron aquellos casos que presentaron varios cuadros patológicos. Debido a una limitación de la fuente, no podemos saber si estos diagnósticos les fueron adjudicados a las mujeres en una única admisión o si fueron variando a lo largo del tiempo, ya que éstos se escribían en un renglón de la carátula del expediente clínico, y no se distinguía si era la primera admisión o si existían admisiones anteriores para las pacientes. La interpretación de este dato es diferente si se anotaron varios cuadros en una misma admisión o si fueron variando con el tiempo. Notamos –porque los escribía la misma persona, con la misma pluma, y por el contenido– que en ocasiones eran escritos al mismo tiempo y más bien se realizaba una descripción de síntomas que se observaban y no la denominación de una patología. Se podría pensar, a partir de este dato, que en ocasiones, en un primer encuentro con la paciente no era posible para el psiquiatra a cargo de la admisión detectar un cuadro mental específico, y su intervención en la historia clínica era más descriptiva sobre aquellos síntomas que se destacaban ante la mirada del médico a cargo. Otra posible causa de la dificultad para describir un cuadro clínico específico puede haber sido las diferencias idiomáticas o culturales (en relación con las extranjeras, como describiremos más adelante) entre el médico y la paciente, lo que dificultaba indefectiblemente la comunicación entre ambos.

Hay casos en que sabemos con certeza que la expresión de dos cuadros implicaba el paso de un diagnóstico a otro; el caso de demencia precoz y esquizofrenia nos ayuda para entender esto: fueron 15 los casos de pacientes que recibieron ambos diagnósticos en todo el período. Si la historia clínica es previa a la década de 1920 y se menciona la demencia precoz y luego se la describe como esquizofrenia, sabemos que el diagnóstico se modificó a

posteriori porque el diagnóstico de esquizofrenia no se usó en el país hasta esa década y claramente la encontramos entre nuestros casos desde esa fecha. Con esto queremos mostrar que se llevaron a cabo tanto la descripción de cuadros clínicos con más de un diagnóstico como el cambio del mismo a lo largo del tiempo, claro que esto sólo se realizó con el 12% de la población hospitalaria que tuvo diagnóstico “múltiple”.

A partir del análisis de la distribución de los diagnósticos en todo el período en estudio, notamos algunas generalidades. Como primer dato y principal para nuestro caso de estudio, la demencia precoz se encuentra desde el principio de la base de datos y desaparece en 1943; la esquizofrenia, por su parte, aparece en 1920 y la podemos encontrar hasta el final de nuestra periodización. Notamos una superposición de ambos diagnósticos entre 1920 y 1943, que puede ser producto del uso de ambos como si fueran el mismo, o de las diferencias entre psiquiatras: mientras algunos consideraban preciso continuar con la denominación de demencia precoz, otros usaron el diagnóstico de esquizofrenia. Como veremos en el próximo capítulo, las discusiones teóricas sobre la adjudicación de uno u otro diagnóstico siguieron presentes durante todo el período que abarca nuestra investigación¹⁹.

En el caso de los diagnósticos “múltiple”, éstos fueron más o menos la misma cantidad hasta la década de 1950 y para los años sesenta crecieron considerablemente. Esto puede darnos una pista sobre las múltiples denominaciones de patologías que utilizaban los psiquiatras a partir del significativo desarrollo de la disciplina tanto en el campo local como internacional.

Otro modo de comprender ese crecimiento de los diagnósticos múltiples es que para este período, algunos cuadros clínicos expresados años atrás (quizás hasta 20 años antes) fueron repensados por los médicos de la institución. La limitación de la fuente no nos permite saber en qué porcentaje fue una u otra situación la que se presentó (escritos al mismo tiempo o modificados).

Como comenta Gerald Grob para el caso norteamericano, el proceso de clasificación fue desarrollándose durante el siglo XX. Hasta la Primera Guerra

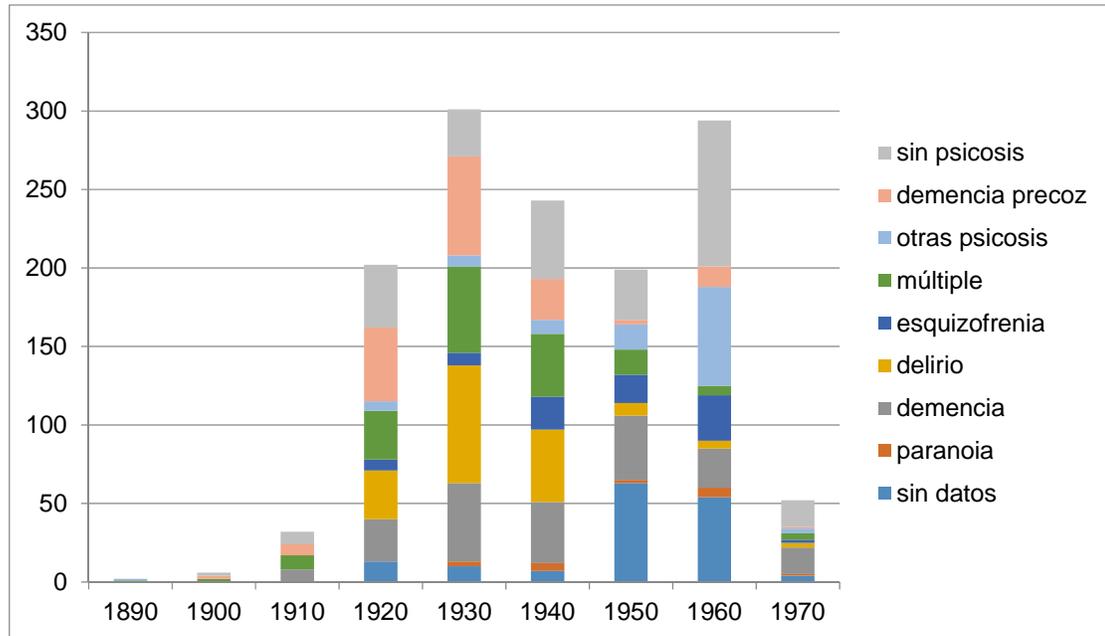
¹⁹ En el capítulo siguiente relacionaremos la presencia de este diagnóstico en las historias clínicas del hospital Esteves y la producción teórica sobre estos cuadros clínicos en las revistas médicas de la época.

mundial, los psiquiatras no estaban interesados en un sistema de clasificación, aunque estaban preocupados en el diagnóstico. Luego de la Segunda Guerra Mundial y de las experiencias clínicas de los psiquiatras en ésta, se desarrolló una clara línea psicoanalítica y de psicología dinámica en la psiquiatría²⁰. El DSM-I (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de 1952 y el DSM-II de 1968 tuvieron esta impronta teórica, ya que en la primera mitad del XX, la salud pública de Norteamérica estuvo muy permeada por antropología y el psicoanálisis. El manual fue principalmente estadístico en estas dos primeras versiones, con una finalidad de “administrar la locura” por parte del gobierno, y pasó a ser clínico con el DSM-III (1980). De este modo se visibiliza que la nosología depende de la ideología psiquiátrica pero también de otros elementos del contexto en cada momento histórico particular, es decir de los eventos históricos tienen repercusiones en la disciplina psiquiátrica. Fue en este contexto de desarrollo mundial de la psiquiatría en que los diagnósticos se fueron multiplicando y estandarizando.

Por su parte, las historias clínicas que no cuentan con el dato diagnóstico comenzaron a ser más numerosas en los años de la década del cincuenta y se mantuvieron así hasta el final de la investigación. Su pico más alto fue en la década del sesenta. Quizás la referencia más importante para pensar el trabajo con las pacientes crónicas es el hecho de que desde 1950 la mitad de los casos de estudio no tenían el dato sobre el diagnóstico, lo que implica que se trataba de pacientes que habitaban en la institución, algunas de las cuales recibían tratamientos médicos, sin contar en su registro con un cuadro clínico específico. Si este hecho fue consecuencia de alguna situación administrativa particular, no podemos saberlo porque no contamos con las fuentes administrativas necesarias para poder cruzar la información. Podemos suponer que el hecho de ser una institución que contenía más población de lo que el aparato administrativo podía abarcar pudo generar o al menos contribuir a este tipo hechos. Todo lo antes manifestado sobre la distribución de diagnósticos entre las mujeres, se puede observar en el gráfico N° 5.

²⁰ Grob, G. N. (1991), “Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality”, *The American Journal of Psychiatry*, vol. 148, n° 4, pp. 421-431.

Gráfico N° 5: Distribución por décadas de los diagnósticos de las pacientes del Hospital Esteves



Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

3.4- Las inmigrantes en el hospital

Para fines del siglo XIX, entraron al país alrededor de 4.200.000 individuos, la mayoría de ellos provenientes de Europa. El censo de 1895 indicaba que los inmigrantes representaban el 25% de la población total –mayormente masculina– y que del total de extranjeros, el 34% vivía en la Capital Federal²¹.

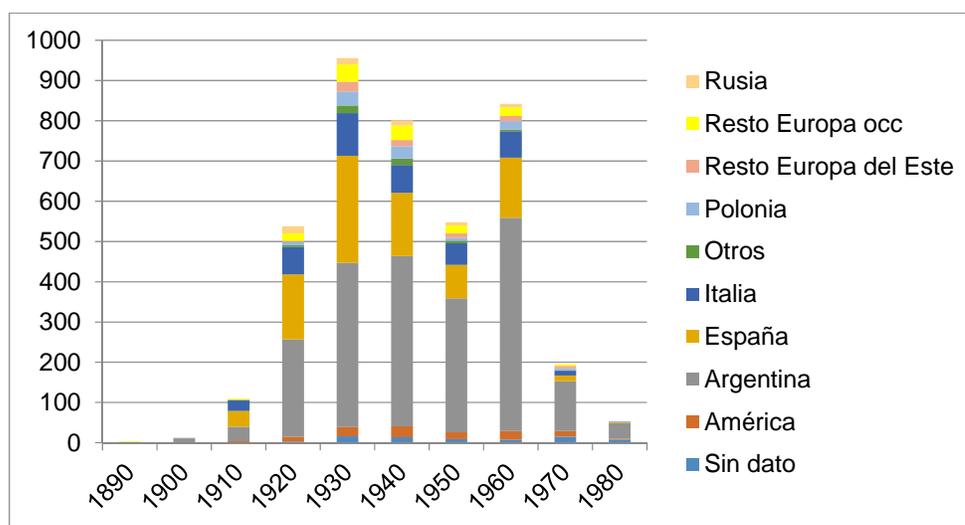
En un principio, la llegada de inmigrantes fue recibida como la respuesta a una necesidad de la nación y no se pusieron trabas para el ingreso de extranjeros al país. Desde las últimas décadas del siglo XIX hasta la Primera Guerra Mundial, quienes llegaron eran, en su mayoría, pobres y campesinos; gran cantidad de ellos, analfabetos que venían a “hacer la América” y a poblar el “desierto”. La principal virtud de estos inmigrantes era su capacidad de trabajo, y eso aumentaba su valor²². En el hospital, la mayor parte de la población conformada por inmigrantes provenía de España y, en segundo lugar, de Italia,

²¹ República Argentina (1895-1898), Segundo Censo de la República Argentina, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional.

²² Devoto, F. (2003), *Historia de la Inmigración en la Argentina*, Buenos Aires, Sudamericana, p. 29.

pero había pacientes de un total de veinte países extranjeros. Así, la mayoría de las internadas eran argentinas, seguidas por españolas, italianas, americanas, provenientes del resto de Europa occidental, Polonia, Rusia y resto de Europa oriental²³. Esta distribución se puede observar en el gráfico N° 6.

Gráfico N° 6: Cantidad de pacientes que ingresaron al Hospital Esteves agrupadas según la nacionalidad.²⁴



²³ Los procesos de integración en la Argentina han sido fuertemente discutidos tanto por la sociología como por historiadores. En la década de 1960, el sociólogo Gino Germani armó una interpretación sistemática de la Argentina con gran relevancia en el problema de la inmigración (para un trabajo en profundidad sobre estas ideas véase Devoto [2003], p. 322). A partir de los estudios históricos y de un análisis profundo de diversas perspectivas como los matrimonios y la vivienda, Devoto sostiene que no se puede hablar de “crisol de razas”, más bien de un pluralismo cultural amplio no fuertemente conflictivo, con ciertas características que colaboraron con la ausencia de conflictos: amplia disponibilidad de empleo –que achicaba la tensión entre los grupos–, expansión urbana; menor distancia social entre españoles, italianos, franceses y nativos. Por otra parte, el autor sostiene que es preciso hacer una diferencia entre lo urbano y lo rural, por lo tanto, hablar de crisol o pluralismo para toda la Argentina no es posible, por lo que es necesario un estudio regional al respecto. Por último, Devoto sostiene que esta postura establecida por Germani y los sociólogos con los que dialogaba se basaba en un concepto de sociedad homogénea, entendida como un todo, y plantea la necesidad de pensar a la sociedad desde la perspectiva de la heterogeneidad, compuesta por diferentes personas, familias y grupos. Devoto (2003), pp. 343-346.

²⁴ Hemos priorizado en esta agrupación identificar a los países que tenían mayor cantidad de representantes y a las demás las agrupamos por grandes regiones geográficas. Para conocer la lista completa de países de origen, véase cuadro N° 12 anexo N° 2.

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en el total de las Historias Clínicas.

La Primera Guerra Mundial implicó un freno a la llegada de inmigrantes, en un momento de crisis económica y de altas tasas de desocupación en el país. Esta situación trajo aparejadas las limitaciones para el ingreso –aunque no hubo un nuevo orden legal– y la solicitud de nuevos requisitos, entre los que podemos encontrar, por ejemplo, la constancia de salud mental y de no mendicidad²⁵. Terminado el conflicto bélico se dio un impulso muy importante para nuevas llegadas en un contexto de, por un lado, recuperación económica del país y, por otro, de grandes trabas para el ingreso de inmigrantes a otros países americanos²⁶.

Ya avanzando en el período en estudio, la política inmigratoria de mediados de la década de 1940 priorizaba la llegada de individuos que pudieran insertarse como trabajadores industriales o de áreas rurales. De todos modos, llegaron al país también criminales de guerra y población “no deseada ni productiva”. En la política migratoria que rigió durante el primer gobierno del presidente Juan D. Perón (1946-1952) se presentaron cinco grandes problemas a resolver, uno de los cuales era el de la inmigración: si bien se la estimuló, se siguieron criterios de selección y encauzamiento, con preferencia para los contingentes culturalmente cercanos a los usos, costumbres e idioma y ocupaciones de interés para los desarrollos del gobierno (agricultores, pescadores, técnicos industriales, obreros especializados)²⁷.

De este modo, se consideraba que el inmigrante debía ser elegido según su capacidad laboral, su ideología y origen étnico²⁸. La estigmatización étnica y social corría en forma paralela al intento de formar un “tipo” ideal de poblador que tuviese salud y condiciones óptimas de laboriosidad y obediencia, todo lo cual permitiría demostrar la inserción de la Argentina en la “modernidad occidental”. El perfil ideal de inmigrante era el hombre sano, trabajador y

²⁵ Bjerg, M. (2009), *Historias de la inmigración en la Argentina*, Buenos Aires, Edhasa.

²⁶ Bjerg (2009).

²⁷ Bjerg (2009), p. 78.

²⁸ Bjerg (2009), p. 86.

obediente²⁹. No conocemos con certeza qué se esperaba de las mujeres inmigrantes. Las mujeres fueron “inmigrantes invisibles”, ya que casi no hay registro de ellas en las fuentes. Se las consideró como integrantes del proceso familiar de inmigración, como un eslabón sucesivo a la cadena inmigratoria de los hombres, a pesar de que hubo un número de mujeres que llegaron solas al país³⁰.

En lo que respecta a la vida cotidiana de los inmigrantes, la mayor parte de la población que llegó se ubicó en la ciudad; la capital del país era cada vez más un centro cosmopolita, en el que también comenzó a pensarse con mayor seriedad y sistemáticamente en la urbanización y en las problemáticas propias de las ciudades, como la mendicidad y el incremento de la criminalidad. La vida de quienes llegaban era difícil y hostil. En la última década del siglo XIX, vivían 2,49 personas por habitación de los conventillos, y en 1917, el 88,4% de las familias obreras vivían en una única pieza³¹. Estos conventillos eran ámbitos sórdidos, superpoblados, con habitaciones poco aireadas y sin luz. El espacio que se compartía eran los patios, donde tenían lugar todo tipo de actividades de socialización, se lavaba la ropa y los niños pasaban su tiempo. Las condiciones de higiene eran pésimas, había pocas letrinas y, por lo general, el agua se extraía de pozos. El hacinamiento en los conventillos generaba problemas de convivencia y situaciones de violencia entre inquilinos. La falta de higiene y el hacinamiento convertían a estos lugares en focos infecciosos de diversas enfermedades. En los casos estudiados dentro del hospital de Lomas de Zamora, encontramos con regularidad para las primeras décadas del siglo XX alguna mención a que las pacientes vivían en conventillos antes de ser internadas, y es por eso que nos detuvimos en describir las condiciones de vida de las mujeres previas a su internación³².

²⁹ Di Liscia, M. S. (2012), “Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación. (Argentina 1880-1940)”, en Hochman, G., Di Liscia, M. S. y Palmer, S. (orgs.), *Patologías de la patria: enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 125-155.

³⁰ Devoto, F. (2003), p. 302.

³¹ Liernur, J. F. (2000), “La construcción del país urbano”, en Lobato, M. Z. (ed.), *Nueva historia argentina: el progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, t. V, Buenos Aires, Sudamericana, pp. 409-465.

³² Por ejemplo, véase Historia clínica 40452, Legajo 88. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

Este proceso de inmigración internacional que vivió la Argentina entre las últimas décadas del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX afectó también la composición social del hospital que analizamos. Como ya señalamos, una de las características de las pacientes es que no fueron todas argentinas. Los porcentajes de inmigrantes fueron variando a lo largo de las distintas décadas por las que atraviesa esta investigación, pero sin lugar a dudas estamos hablando de un hospital con prácticamente la mitad de su población inmigrante, pues de los casos que analizamos en profundidad, 683 eran argentinas y 623 extranjeras. Dentro de la población de pacientes que murieron en la institución, las extranjeras fueron más numerosas que las argentinas hasta la década de 1940.

Sabemos que la preocupación por la relación entre inmigración y locura fue un clásico en nuestro país, desde los planteos teóricos y en ocasiones filosóficos de José Ingenieros, Ramos Mejía, Lucio Meléndez y Arturo Ameghino, entre otros, entre las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, hasta la obra fundante de la historia de la locura en nuestro país de Hugo Vezzetti en la década de 1980, que retoma esta cuestión. Lo que nos proponemos realizar a partir de nuestro hospital en estudio, es poder complementar desde una veta cuantitativa las hipótesis sostenidas por estos personajes referentes del escenario intelectual del cambio de siglo y retomadas por Vezzetti.

Vinculamos la información sobre la población de la Capital Federal en los censos nacionales de 1895, 1914, 1947 y 1960³³, con la nacionalidad de las mujeres en estudio. Tomamos a la población femenina argentina y extranjera. Al comparar los datos, notamos que la población hospitalaria empieza con una sobrerrepresentación de extranjeras y sigue así en relación con el total de la Capital Federal, pero también advertimos que las extranjeras fueron disminuyendo en la composición total del hospital al mismo tiempo y con un ritmo similar al manifestado por el censo. De este modo, en el censo de 1914 la población extranjera era del 45% y en el hospital en la década de 1910 era del 76%; en 1947 el censo indica que las extranjeras representaban el 25% del

³³ Empezamos con el censo de 1895 para poder vincular nuestro trabajo con lo manifestado por Hugo Vezzetti. Vezzetti, H. (1985), *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós. Notamos que las cifras de 1895 y 1914 coincidían. El resto de los censos seleccionados corresponden al período que investigamos.

total de las mujeres en la Capital Federal, mientras en el hospital eran el 45% en la década de 1940. Por último, el censo de 1960 revela que las extranjeras representaban el 20% de la población y en hospital todavía representaban el 36% del total.

Cuadro N° 3: Porcentajes de mujeres empadronadas entre 1895-1960

Censo	Argentinas	Extranjeras
1895	55%	45%
1914	55%	45%
1947	75%	25%
1960	80%	20%

Fuente: Segundo al quinto Censo Nacional de Población (ver detalle en la bibliografía).

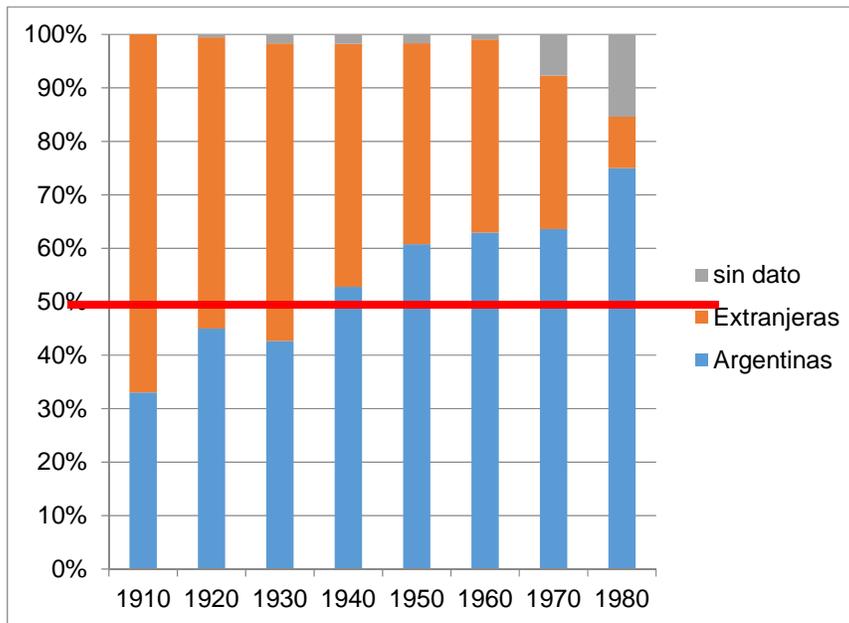
Cuadro N°4: Porcentajes de argentinas y extranjeras ingresadas al Hospital Esteves en las décadas en que se realizaron los censos de población

Década	Argentinas	Extranjeras	Sin datos
1910	24%	76%	
1940	53%	45%	2%
1960	62%	36%	2%

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en el total de las Historias Clínicas.

Si tomamos las nacionalidades de modo particular, en todo el período hubo más pacientes argentinas excepto en la década de 1910, momento en que el número de pacientes españolas superó al de argentinas por pocos casos. La proporción de argentinas creció suavemente y sin pausarse; fue una evolución lineal con una interrupción en la década de 1930 y otra en la década de 1950, pero claramente con tendencia al incremento, como se expresa en el gráfico N° 7.

Gráfico N° 7: Porcentaje de argentinas y extranjeras ingresadas en cada década al Hospital Esteves. 1910-1980.



Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en el total de las Historias Clínicas.

Como marco historiográfico de base, tomamos principalmente a Hugo Vezzetti, que como mencionamos, se ocupó de la cuestión de la inmigración y su relación con la locura en su obra pionera de 1983, donde explica para los últimos 30 años del siglo XIX que la imagen soñada por una elite liberal argentina de extranjeros mansos y trabajadores estalló frente a la imagen de desequilibrio y vicio que se describe en los textos de fines del siglo XIX. Uno de ellos, por ejemplo, pertenece al alienista Lucio Meléndez –docente de la Cátedra de Psiquiatría de la UBA y director del Hospicio de las Mercedes– cuando contaba que en el Asilo de Alienados había una mayoría de población extranjera, lo que implicaba que estaban “más atacados” a la locura que los argentinos; y que en las entradas policiales por ebriedad, los inmigrantes eran más. Estos planteos se ubicaban, como explica Vezzetti, ponían la lupa en las “causa morales” de la locura; se realizaba una correlación entre la ambición de los inmigrantes por los bienes materiales y la locura que les generaba no poder alcanzarlos. Esa relación implicaría, como entendió el autor, que no

enloquecían aquellos cuya posición social les permitía poseer riquezas como atributo natural³⁴. El autor afirma que la irrupción de la inmigración en la conciencia y en el discurso público coincidió con la consolidación del dispositivo psiquiátrico, y que esta coincidencia marcó un nuevo prototipo del “loco”: el inmigrante miserable³⁵.

A partir de 1876, cuando el doctor Lucio Meléndez asumió la dirección del Hospicio de las Mercedes, comenzó una publicación en la *Revista Médico Quirúrgica*, donde describía el perfil el “loco inmigrante”. La autora Isabel Santi describe que Meléndez, al elaborar el primer inventario de “locos inmigrantes”, vinculó en primera medida la tendencia mental patológica con causas morales; los vicios, el alcohol y el desequilibrio de estos individuos los ubicaban en un lugar entre delincuente y paciente bajo la autoridad del policía –que por lo general los remitía a las instituciones– o el alienista³⁶.

Vezzetti señala que en la tesis de la degeneración, años más tarde, confluyeron las explicaciones referidas a estas patologías, con lo cual las valoraciones morales quedaron en un segundo plano. En el proyecto de construcción de la Nación y con Buenos Aires como espacio privilegiado para esto, se presentaba un escenario de transformación inmigratoria y la locura era un aspecto de la degeneración colectiva que se debía tratar³⁷.

El degeneracionismo fue una teoría psiquiátrica desarrollada por el francés August Benedict Morel en 1857, en su trabajo *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*; y posteriormente reinterpretada por Valentin Magnan. Para Morel, los trastornos psíquicos eran una expresión de la constitución anormal de los organismos de los sujetos que los presentaban. Era el deber del médico vigilar y guardar por el bien social; de este modo, se generaba una explicación científica que daba respuestas a una problemática

³⁴ Vezzetti (1985), p. 188.

³⁵ Vezzetti (1985), p. 189.

³⁶ Santi, I. (2006-2007), “El paciente inmigrante en Buenos Aires a fines del siglo XIX. De la filantropía a la tecnología alienista”, *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM* [En línea]. Disponible en <http://alhim.revues.org/1322> (2 julio 2014).

³⁷ Vezzetti (1985), p. 195.

social³⁸. Por su parte, Magnan sistematizó la teoría de Morel, se alejó del misticismo religioso de éste y refinó su teoría científica al tomar los conceptos de Darwin de supervivencia y lucha por la vida³⁹.

Vezzetti marca que una concepción biologista de la nacionalidad –expresada, por ejemplo, en José María Ramos Mejía– favorecía la intervención del discurso médico y el uso de la noción de degeneración. El perfil de la locura se situaba como una perspectiva metodológicamente privilegiada para acceder a las condiciones de vida colectiva en el marco de la degeneración cosmopolita. Ya para la década de 1930 se cita a Arturo Ameghino⁴⁰, quien seguía la cuestión de la profilaxis mental y la relación con la inmigración popular de Lucio Meléndez. Este médico (siguiendo una línea planteada por otros como José Hualde, José Esteves y Carlos Bunge) continuaba la línea que sostenía que la protección de la raza a partir de los temas de la eugenesia⁴¹ –que la entendía

³⁸ Peset, J. S. y Huertas, R. (1986), “Del ángel caído al enfermo mental: sobre el concepto de degeneración en las obras de Morel y Magnan”, *Asclepio*, n° 38, pp. 215-240.

³⁹ Huertas, R. (1987), *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 19-38. Véase también: Campos Marín, R. (1999), “La teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en España”, *Dynamis*, n° 19, pp. 429-456; Caponi, S. (2009), “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel”, *Scientiæ Studia*, Vol. 7, n° 3, pp. 425-445; (2012), *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*, Río de Janeiro, Fiocruz; entre otros.

⁴⁰ Las referencias fundamentales que el profesor Vezzetti marca sobre el derrotero de Arturo Ameghino son: su pensamiento está en el origen del movimiento institucional de la higiene mental. Se formó en neuropsiquiatría en Francia, luego fue Jefe de Clínica Neurológica (1915-1916), jefe de la Sección de psicología experimental del Laboratorio de la cátedra de Psiquiatría (1917-1931), médico interno del Hospicio de las Mercedes, adscripto a la cátedra de Psiquiatría en 1920 y profesor titular entre 1931 a 1943. Fundó la Sociedad de Neurología y Psiquiatría en 1923 y la *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal* en 1927. Vezzetti (1985), p. 226. Volveremos a este médico en el capítulo siguiente, donde desarrollaremos más sobre su producción teórica.

⁴¹ En 1883, el británico Francis Galton dio, con la eugenesia, una forma científica al racismo. Fue entendida como el estudio de los agentes bajo control social que pueden mejorar o empobrecer las cualidades raciales de las futuras generaciones, tanto física como mentalmente. El carácter científico de la eugenesia ubicó a ésta en un lugar de poder. Véase Miranda, M. y Vallejo, G. (2005), pp. 11-12. En el mundo latino, el italiano Cesare Lombroso hizo la reelaboración del darwinismo y el evolucionismo de Spencer. Esto dio lugar al movimiento eugenésico, en el que se articularon nacionalismo y teorías biológicas (Miranda y Vallejo, 2005, p. 16). En la Argentina, el eugenismo fue aceptado por una elite que se unió –a pesar de sus diferencias políticas– “por el peligro de la otredad”, primero del indígena y luego del inmigrante. Estas ideas tuvieron mayor valor en nuestro país desde 1930, con el apogeo de la orientación médico-filosófica de Nicola Pende: la

como aplicación de leyes que regían el desarrollo de la vida, el perfeccionamiento de los organismos y en particular de la especie humana- y por lo tanto, los débiles debían ser sacrificados, lo cual se sobreponía a los fines de la medicina social de proteger a la sociedad y sus disminuidos. Entre otras cosas, se manifestaban las ideas de esterilización de los alienados⁴².

Vezzetti cuenta que ante el supuesto mantenido por la psiquiatría argentina respecto de que los inmigrantes enloquecían con más facilidad, Ameghino sostenía para la década de 1920 la hipótesis de que el abandono del medio habitual y las influencias del nuevo medio podrían ser causas provocadoras de la locura, lo que el autor contemporáneo entiende como una petición de principio: el inmigrante enloquece más porque es extranjero⁴³. La preocupación principal de este médico era el descenso general del nivel mental de la población como consecuencia de la descendencia degenerativa, lo que desviaba la mira, puesta hasta ese momento en los “locos” internados. En esta línea, la preocupación alienista por la locura moral desaparecía del todo y se centraba en los posibles “peligros” que estaban sueltos, para lo cual era preciso restringir la inmigración, y esto a su vez ubicaba a los inmigrantes como los responsables de la degeneración sufrida en el país⁴⁴. El autor ubica a Ameghino en un lugar bisagra entre la culminación de la correlación entre locura e inmigración en el proceso de conformación del dispositivo psiquiátrico y criminológico, y esa incorporación del discurso de la higiene mental que de a poco dejó de lado la mirada denigrada del inmigrante para ocuparse de otras cuestiones⁴⁵.

Volviendo a las ideas de Meléndez, Vezzetti toma unos dichos de éste en los que expresaba que mientras en la población de Buenos Aires los extranjeros eran la mitad, en el hospital superaban bastante al número de argentinos, esto significaba por lo tanto, que los inmigrantes enloquecían con más facilidad. Vezzetti describe esta conclusión como dudosa ante la luz de la estadística

biotipología. En esta línea se unieron el liberalismo y el conservadurismo, con una fuerte influencia de la iglesia católica. Tanto comunistas, negros, amarillos, judíos, homosexuales, prostitutas, según la biotipología, quedaban dentro de subrazas. Miranda y Vallejo (2005), pp. 160-168.

⁴² Vezzetti (1985), pp. 205-220.

⁴³ Vezzetti (1985), p. 224.

⁴⁴ Vezzetti (1985), pp. 226-227.

⁴⁵ Vezzetti (1985), p. 230.

pero no profundiza su postura⁴⁶. A partir de nuestro caso de estudio, mostramos con algunas cifras la relación entre la locura y la inmigración para matizar esta postura a la luz de la historia cuantitativa.

A continuación nos apoyaremos en algunos estudios más actuales que complejizaron esta mirada y buscaron causas sociales y personales para entender la situación de la inmigración y la patología mental. Consideramos probable que la falta de un hogar propio, los bajos recursos de los recién llegados, las carencias afectivas familiares y amicales, hayan sido todas causas que influyeron en las mujeres extranjeras admitidas en el Esteves. Esto habría implicado que en ocasiones las mujeres fueran internadas por el hecho de estar atravesando situaciones emocionales difíciles y no necesariamente enfermedades psiquiátricas, pero que una vez internadas en el hospital, sufrieran un proceso de cronificación⁴⁷. Vinculamos nuestra postura con las ideas del autor colombiano Andrés Ríos Molina, quien apoyándose en Dinesh Bhugra, sostiene una hipótesis sobre la relación migración-locura: para el caso mexicano la carencia de una sólida red familiar que funcionara como apoyo cuando se presentaban los síntomas de alguna enfermedad mental hizo que la población migrante fuera mucho más vulnerable y más proclive al encierro psiquiátrico⁴⁸. Coincidimos con la hipótesis manifestada por el autor y entendemos que este hecho puede relativizar las ideas sostenidas en la época respecto de que los inmigrantes enfermaban más que los nativos por el simple hecho de ser extranjeros⁴⁹.

Conocemos otro dato que muestra la sobrerrepresentación de extranjeras en el hospital y que grafica la falta de esa red de contención socioafectiva de la que habla Ríos Molina: el censo de 1914 recoge también información sobre las “idiotas” y las “alienadas” tanto entre las argentinas como entre las extranjeras⁵⁰. Entendemos que los datos que ofrece el censo, pertenecen a la población fuera de las instituciones -porque en los cuadros no se las nombra ni

⁴⁶ Vezzetti (1985), p. 191.

⁴⁷ Retomaremos la cuestión de la inmigración y algunos cuadros psiquiátricos en el apartado específico sobre las patologías.

⁴⁸ Ríos Molina, C. A. (2009), *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, p. 44.

⁴⁹ Vezzetti (1985), Paidós, p. 224.

⁵⁰ No tomamos el resto de los censos porque no mostraban la diferencia entre extranjeras y argentinas acerca de estas características poblacionales.

se las diferencia-, entonces deducimos que se trataría de la población de los hogares. En esta población censada hay más argentinas que extranjeras (65% idiotas y 54% alienadas).

Sin embargo, contamos con una referencia que nos brindan las memorias de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, en que se expresa que para el año 1916, habían salido de la institución más pacientes extranjeras (14) que argentinas (6)⁵¹. A pesar de no contar con esta información para el largo plazo de la investigación (reiteramos que trabajamos con mujeres que murieron en la institución), utilizamos esta referencia puntual, correspondiente a un año de la década en el que hubo mayor presencia extranjera entre las pacientes, como ejemplo para demostrar que las salidas no dependían necesariamente de la nacionalidad. Es decir, a pesar de estar sobrerrepresentadas, en la población del hospital, algunas inmigrantes tenían familia o ámbito de contención que les permitió dejar la institución.

Cuadro N° 5: Mujeres consideradas idiotas, alienadas, opas y dementes empadronadas entre 1895-1960

Censo	idiotas	alienados	opas	dementes
1895	46	270		
1914	86	306		
1947	674			4055
1960			795	6620

Fuente: Segundo al quinto Censo Nacional de Población (ver detalle en la bibliografía).

A partir de este recorrido por las cifras que ofrecen tanto las historias clínicas del hospital como los censos, buscamos profundizar y complejizar las clásicas miradas desarrolladas en nuestro país en relación con el vínculo entre migración y locura. Consideramos que desde el cambio de siglo y prácticamente hasta mediados del siglo XX, la inmigración –particularmente europea– fue un rasgo característico de la formación de nuestra sociedad, por

⁵¹ Memorias de la Sociedad de Beneficencia de 1916.

lo tanto también formó parte de ciertos “problemas sociales” como la locura y la mendicidad. No obstante, consideramos que con el desarrollo del proceso inmigratorio, con características diferentes a las esperadas, se sobredimensionó la presencia de patologías mentales en inmigrantes como un modo de presentar a estos últimos como una “amenaza” para el desarrollo de la Nación a partir de diversos discursos, como el del degeneracionismo y el de la biotipología.

3.4.1- Vivir en otro idioma: las patologías de las inmigrantes

Eugénie fue internada estando embarazada de cuatro meses. En 1943 se la describió de la siguiente manera:

Suiza, 32 años [...] ingresó al HNA [...] de 1938; colocada por el esposo [...] siendo trasladada el 29 de Enero de 1941 a este asilo donde actualmente se encuentra en asistencia [...] ayuda en pequeños quehaceres [...] durante el interrogatorio responde en alemán, es interrogada por intérprete, su atención se distrae fácilmente, se orienta mal en tiempo y lugar [...] referencias delirantes de tipo persecutorio mal hilvanadas sin repercusión afectiva, asociaciones inconexas [...].⁵²

La paciente, que no dominaba el idioma en que era entrevistada, fue diagnosticada sobre la base de los dichos de un intérprete sobre su discurso. Una de las consecuencias más directas de la inmigración extranjera dentro del hospital, fue la variedad de idiomas que podía encontrarse, como se expresa en este párrafo con el caso de Eugénie. Al respecto, a continuación analizaremos las complejidades que estas diferencias idiomáticas significaron para la vida cotidiana, los vínculos con el personal y el quehacer psiquiátrico. Nos preguntamos, por ejemplo, si era posible saber que el discurso de una persona era delirante si quien realizaba su admisión no entendía su idioma. Partimos de la cuestión del idioma como un dato más para identificar los vacíos de información que presentan las historias clínicas, teniendo en cuenta que el

⁵² Historia clínica 11.694, Legajo 44. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

devenir de estas mujeres dependía de este primer momento tan particular de la admisión.

Cristina Rivera Garza y María Inés García Canal analizaron expedientes clínicos de pacientes del hospital mexicano La Castañeda y señalaron que las descripciones elaboradas por los médicos estaban supeditadas a los valores y prejuicios usados para comprender la feminidad: sujetos posicionados desde la masculinidad observaban mujeres que además de presentar síntomas mentales, trasgredían los modelos de feminidad ⁵³. Si bien no podemos transpolar la postura de las autoras sobre el caso de La Castañeda al que analizamos aquí, tomamos ese ejemplo para indicar que muy probablemente los psiquiatras no se enfrentaban a las admisiones de inmigrantes de la misma manera que lo hacían con las argentinas, ya que poseían un serie de ideas previas sobre las primeras (hayan sido estas ideas conscientes o no).

De este modo consideramos que el encuentro con la paciente extranjera se hacía desde la observación clínica pero también desde el entorno cultural y desde los prejuicios propios con los que se las veía⁵⁴. A la distancia que generalmente se imponía entre un médico y su paciente, se sumaba la barrera del idioma y de las idiosincrasias propias de cada cultura. En ocasiones sabemos de un “otro” que desde un rol de intérprete, daba cuenta del relato de la extranjera, pero de igual modo la mirada del psiquiatra partía de la certeza de que se encontraba frente a un diagnóstico psiquiátrico y en este proceso de admisión, estaba en juego mucho más que una clínica de la psicosis. En el caso que los argumentos e ideas de las pacientes fueran comprensibles –más allá de las características que hayan tenido–, de igual modo eran consideradas

⁵³ Rivera-Garza, C. (2001b), “‘She neither Respected nor Obeyed Anyone’. Inmates and Psychiatrist Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, México 1910-1930”, *Hispanic American Historical Review*, Vol. 81, n° 3-4, pp. 653-688; García Canal, M. I. (2008), “La relación médico-paciente en el Manicomio La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/index14422.html> (30 de septiembre de 2014).

⁵⁴ Ríos Molina, C. A. (2011), “La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la ciudad de México, 1920-1944”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, Vol. 27, n° 2, pp. 361-384.

como “irracionales” por algún rasgo patológico que se infería que la mujer tenía⁵⁵.

En lo que refiere particularmente al aspecto cuantitativo de los diagnósticos, al analizar las historias clínicas podemos observar para todo el período una predominancia de mujeres extranjeras diagnosticadas con delirio o con psicosis “múltiple”⁵⁶; mientras que había una mayor cantidad de argentinas categorizadas como dementes precoces y esquizofrénicas. Con el fin de entender si las diferencias diagnósticas entre argentinas y extranjeras respondían a una diferencia idiomática, realizamos dos cálculos: por un lado, dividimos y comparamos los diagnósticos de las pacientes de habla hispana con las que no hablaban castellano, y por otro lado comparamos a las pacientes argentinas con las extranjeras. La conclusión a la que llegamos es que el idioma no tuvo importancia significativa si se consideran los porcentajes al diferenciar los diagnósticos, pero sí tuvo relación con el hecho de ser paciente extranjera o argentina. Sólo a modo de hipótesis podemos comentar que los médicos que las diagnosticaban habrían estado influenciado por las diferencias culturales entre las mujeres y ellos. A pesar de no ser determinante, el idioma es un componente más a considerar al momento de investigar. Aunque probablemente las pacientes hayan presentado un cuadro patológico, buscamos marcar que el proceso mismo de traducción ya pudo haber significado un problema interpretativo, y si a este hecho le sumamos que la escucha no era realizada directamente por un profesional, la posibilidad de llegar a un diagnóstico claro resultaría una misión compleja. Es imprescindible preguntarse si en esta cadena “descompuesta” de comunicación, los dichos de una paciente fueron realmente síntomas psiquiátricos, pues se estaba interpretando a partir de una primera interpretación de un tercero. Veamos algunos ejemplos.

⁵⁵ Ríos Molina desarrolla esta idea, y señala que el lenguaje de la locura debe ser considerado según su contexto histórico, ya que las experiencias individuales nos hablan de realidades colectivas. Para este desarrollo retoma a Roy Porter en su trabajo *Historia social de la locura*, Crítica, Barcelona, 1989, donde el autor describe para Europa de los siglos XVII-XX ciertos discursos de personajes que fueron considerados “locos”. Véase Ríos Molina (2011), p. 365.

⁵⁶ Un trabajo que busca relacionar la migración con la esquizofrenia a partir de múltiples causas es Cantor-Graae, E. y Selten, J. P. (2005), “Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 162, n° 1, pp. 12-24.

En la descripción de la paciente Betty -quien estuvo en el Hospital entre 1924 y 1960- de Inglaterra se lee: “no puede hablar ni una sola palabra en español, por lo que se hace difícil explorar su psiquis [...]”. De todos modos, se indica que tiene ideas delirantes megalómanas. En otro lugar de la fuente, se menciona que otra “enferma” hacía de intérprete de la paciente⁵⁷. En este caso se presenta una situación similar al caso de Eugénie, comentado al inicio del apartado. El marco que presentamos exige considerar cuál era la patología de la intérprete y cuáles eran sus condiciones psíquicas para traducir a su compañera. De este modo, el registro médico manifestó la incapacidad de comprender a la paciente y de igual modo se llegó a un diagnóstico que fue la identidad de Betty en la institución por 36 años hasta su muerte. Repetimos que más que preocuparnos con exactitud sobre cuáles fueron los diagnósticos de las mujeres que no manejaban el idioma, nos interesa analizar cómo, en el dispositivo de historia clínica, estaban naturalizados estos modos de hacer las admisiones.

Ite, por su parte, era de Polonia y fue trasladada al Esteves desde un hospital general. Entró al Hospital Nacional de Alienadas en 1932 y murió en 1959; en 1934 había pasado al Anexo de Lomas de Zamora. Las enfermeras la describieron como tranquila, con algunos soliloquios en su idioma que ellas no podían entender. No se conocían su estado civil ni su profesión. En su admisión al HNA se describía: “Ingresa tranquila, no comprende ni habla el idioma. Parece no interesarse mayormente por su suerte, pues acata sumisamente sin una protesta lo que se resuelve [...]”. En 1933 decía:

“[...] de ánimo excitable, variable, habla de preferencia ídish [...] no se presta al interrogatorio, impresiona no entender el castellano. Interrogada en idish por otra enferma. Intérprete responde en ese idioma con forma poco precisa y con caprichosidad negativista. Impresiona desorientada, confusa”.⁵⁸

⁵⁷ Historia clínica 20.411, Legajo 150. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁵⁸ Historia clínica 30.888, Legajo 48. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

Otra vez se presenta el caso de una segunda paciente que la describe ante los médicos, y en esta oportunidad se deja sentado que las descripciones se realizaban a partir de las *impresiones*, ya que la mujer no hablaba el idioma.

A pesar de no contar en todos los casos con la información sobre quiénes se encargaban de interpretar a las que no hablaban ni entendían el castellano, a partir de los datos que nos presentan las fuentes consideramos que estas admisiones se deben haber realizado de manera muy superficial y sin una idea contundente del cuadro psiquiátrico –en los casos en que éste hubiera existido–. La situación de las mujeres que no hablaban castellano, se suma a una situación general en la que las pacientes eran admitidas con poca información sobre su vida previa y bajo un estudio bastante ligero de su cuadro clínico. Estas condiciones de admisión pudieron representar un importante sesgo al momento de elegir un diagnóstico, el cual la acompañaba a la mujer durante toda su internación. A pesar de que conocer el diagnóstico de la paciente probablemente no hubiera cambiado su tratamiento, consideramos que tener este dato hubiese permitido saber al menos si estaba simplemente alterada o triste o si presentaba un cuadro mental que mereciera su institucionalización, y más aún en una institución como el Anexo de Lomas de Zamora, pensado para pacientes crónicas irrecuperables.

Estos datos pueden servir para graficar que hubo mujeres que fueron diagnosticadas con una determinada patología y que vivieron toda su internación bajo esa tilde o sin un diagnóstico, probablemente porque no pudieron hacerse entender en su admisión –ya fuera por su lengua o por otras diferencias culturales–. Quizás, el hecho de no tener un diagnóstico claro en las primeras décadas de la institución, cuando los tratamientos eran prácticamente nulos, no haya generado una situación especialmente grave, puesto que claramente el fin de la creación del hospital era “sujetar” a aquellas mujeres que “no debían ser parte de la sociedad ni transitar por la vía pública”; pero a partir de la década de 1930, esta situación se transformó, ya que recibían terapias supuestamente de acuerdo con sus síntomas (había cuadros con mayor excitación psicomotriz y otros de mujeres que se encontraban más deprimidas).

La cuestión idiomática es relevante entonces en relación con dos aspectos. El primero, respecto de los vacíos de las historias clínicas, quizás por limitaciones

burocráticas de la institución, o tal vez por una falta de interés en conocer a sus pacientes en profundidad. Este vacío muestra un aspecto del trabajo clínico con crónicas sobre quienes ni siquiera se conocía con exactitud cuál era la patología que las aquejaba. El segundo aspecto es tomar este rasgo idiomático como la posible punta del hilo para entender cómo transcurrían las vidas de estas mujeres en la institución, sin entender y sin ser comprendidas. Tratamos de proyectar, a partir de la presencia de las intérpretes, que aquellas mujeres que no hablaban el castellano deben haberse creado pequeñas constelaciones de vínculos (en algunos casos, quizás de una o dos personas) con quienes podían entenderse y dialogar. A pesar de comprender que con el transcurso del tiempo las que no hablaban el castellano seguramente lograron aprender algunas palabras, consideramos que el hecho de vivir décadas lejos de la cultura propia y sin poder comunicarse con el general de las personas, podía “enloquecer a cualquiera”: con esto nos referimos a influencia de este escenario en el proceso de cronificación de los cuadros patológicos de estas mujeres.

3.5- Los vínculos en el interior del hospital: pérdida de identidad, escenas violentas y soledad

En este apartado buscamos abrir las puertas del Esteves, entrar y conocer –de modo parcial y a partir de un trabajo de recopilación de pequeños retazos de historias clínicas– , cómo eran sus vidas cotidianas y los vínculos que pudieron generar las pacientes que lo habitaron, y cómo transitaron su estancia allí hasta su muerte.

Retomando a Erving Goffman, al momento de ocuparse de la admisión, explica que el “interno” deja de lado su “mundo habitual” y el hecho de estar internado le genera un proceso de “desculturación”, que es como un “desentrenamiento” de sus capacidades para vivir en el mundo exterior si es que vuelve a éste⁵⁹. Esto genera en él depresiones, degradaciones, humillaciones de su yo. En primer lugar, aparece la barrera entre el mundo interior de la institución y el exterior, que hace desaparecer todos sus roles de la vida civil⁶⁰. Además,

⁵⁹ Goffman (2001), pp. 25-26.

⁶⁰ Goffman (2001), p. 27.

desprenderse de sus objetos personales también genera cambios en su yo⁶¹. Se impone una identidad de un yo colectivo y se pierde la individualidad. Todos estos rasgos teóricos los encontramos en las descripciones que pudimos reconstruir sobre las pacientes del hospital.

Las pacientes del Esteves fueron mujeres con un escenario variopinto de vidas previas, que se concentraban en una institución bajo un rótulo compartido: el de alienadas mentales. Otras diferencias, como su país de origen, su idioma y su edad, se borraban, y todas pasaban a ser solamente pacientes psiquiátricas. Ellas vestían camisones largos con un número y el nombre del pabellón bordado en sus hombros; es decir, sus características individuales se perdían también en su vestimenta. Son numerosas las historias clínicas en las que se describe que se les cortaba el cabello como melena. En muchos casos, esto se realizaba para intentar tratar la pediculosis que traían al momento de su ingreso⁶². Estos datos –vestimenta y corte de cabello indiferenciados– nos permiten hacernos una idea de mujeres estandarizadas. Frente a esta imagen, el “lado sano” de las mujeres, su subjetividad y rasgos personales desaparecían y sólo quedaba a la vista el cuadro psiquiátrico, es decir, “la enferma”.

Estas mujeres pasaban décadas enteras en los pasillos, algunas haciendo ciertas actividades de limpieza y orden en los pabellones, lavando la ropa en el lavadero, y otras simplemente habitando el lugar; gran parte del día acostadas, sin llevar a cabo ninguna actividad y sin mantener relación ni con sus familias ni con el mundo exterior. Gran número de ellas tampoco recibían tratamientos médicos de modo sistemático. En una memoria del hospital de 1909, un médico comentaba:

“Con nada se ha conseguido hasta ahora, resultados superiores al del reposo en cama, ayudado o no de las cubiertas húmedas[...] en el total

⁶¹ Goffman (2001), p. 30.

⁶² A modo de ejemplos de historias clínicas que manifiestan el corte de cabello como melena: Historia clínica 5005, Legajo 92; Historia clínica 27388, Legajo 150; Historia clínica 7322, Legajo 3; Historia clínica 530, Legajo 9; Historia clínica 29566, Legajo 64. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora. Dice Goffman que en nuestra sociedad, llevar la cabeza rapada se interpreta como una disminución del yo que puede mortificar a un enfermo mental. Goffman (2001), p. 57.

de enfermas puede calcularse de 8 a 10% las que necesitan permanecer más o menos tiempo en cama[...]"⁶³

Las fuentes nos muestran, en la mayor parte de los casos, mujeres que llegaban con un cuadro leve, ya fuera un poco confundidas o tristes por alguna situación personal, y cuyos cuadros, con el devenir de la internación, se iban agudizando hasta convertirse en pacientes crónicas, con lo cual terminaban pasando el resto de sus vidas internadas. Es el caso, por ejemplo, de Mariana –que ingresó en 1951 y falleció en 1961–, una mujer a la cual en la década de 1950 se le aplicó inyecciones de leche, terapia de electroshock, sedantes, y a quien se le realizó una lobotomía “para tranquilizarla”.

En el otro extremo de los casos encontrados se ubicaba Agustina, que sólo estuvo internada un año (1954-1955). Al ingresarla se dieron cuenta de que no tenía ningún cuadro psiquiátrico, sino que simplemente fue diagnosticada con demencia senil por su avanzada edad. Por este hecho se la trasladó a un asilo de ancianos, pero luego volvió al hospital porque no tenía familiares que pudieran sostenerla allí. Poco a poco fue sufriendo deterioros hasta que murió en el hospital⁶⁴.

A continuación, destacaremos dos puntos importantes de este cotidiano vivir en la institución: la violencia y la soledad.

3.5.1-Convivir en violencia

En este apartado buscamos hablar de dos modos de violencia que se presentaron en el hospital. En primer lugar tomaremos los casos de violencia física entre las pacientes y con ellas mismas, para comprender un aspecto más del contexto en el que estas mujeres transitaban su estancia en la institución. En segundo lugar tomaremos como herramienta teórica la violencia simbólica de Pierre Bourdieu (conociendo las diferencias entre el uso que hizo el autor de esta idea y el modo en que lo utilizaremos en este contexto histórico hospitalario), para pensar desde esta idea la realidad institucional.

⁶³ Memoria 1909. Sociedad de Beneficencia. Archivo General de la Nación.

⁶⁴ Historia clínica 46814, Legajo 22. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

Uno de los rasgos que pudimos reconstruir en la vida cotidiana de la institución fue la violencia física presente. Un número importante de mujeres internadas habían vivido situaciones de este tipo⁶⁵ en sus hogares, antes de ingresar a la institución, especialmente aquellas que padecían patologías con síntomas que se manifestaban en acciones físicas de mucha excitación. Sin pretender justificar la violencia, se debe tener en cuenta que para las familias debe haber sido complejo convivir y sostener a una enferma psiquiátrica en la casa, especialmente sin tener conocimiento sobre qué era una enfermedad de este tipo y sin contar con ninguna información sobre cómo cuidarla⁶⁶. Un ejemplo de esta situación fue el de Luisina, cuya ficha describía en 1930:

“Enfermedad actual: comienza en 1928 con ideas delirantes persecutorias objetivadas en una familia vecina [...] Alucinaciones de la vista. Soliloquios, cantos. Risas inmotivadas. Períodos de excitación. El esposo le aplicó una terapéutica personal (golpes) que fracasó. Sus alteraciones han seguido sin variación hasta el momento actual. Ha agrandado el círculo de sus perseguidores. Afectividad conservada. Trabajadora. Agresiva por momentos. Insomnios. Se alimenta [...]”⁶⁷

Nos detenemos en la descripción sobre los golpes del marido como una “terapéutica personal” que fracasó. Quizás quien hizo la admisión sólo intentó transcribir palabras del marido, que fue quien la llevó al hospital, o quizás se consideraba una vía posible de trato frente a una mujer con un cuadro psiquiátrico. Además, no existió un juicio negativo por parte del personal del hospital frente la descripción de los golpes del marido de Luisina como una posible terapia, a partir de lo cual también podemos interpretar que, por lo

⁶⁵ El análisis que podemos hacer sobre una situación de violencia física o emocional para con una mujer con un cuadro psiquiátrico no es el mismo que se realizaba en el momento en que está situado este relato, ya que pegarles a los niños y utilizar la fuerza física con una mujer que padecía una enfermedad de este tipo puede haber sido aceptado o, al menos, no juzgado del mismo modo socialmente durante gran parte del periodo en que se ubica esta investigación. La perspectiva desde la cual partimos, al igual que en todo trabajo de investigación, está situada en el presente.

⁶⁶ Entrevista realizada por la autora a L. V., 19 de mayo de 2013.

⁶⁷ Historia clínica 29.055, Legajo 9. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

menos, no se lo entendió como una situación de abuso ante su mujer con ciertos rasgos de patología psiquiátrica⁶⁸.

En esta oportunidad distinguimos dos escenarios de violencia diferentes en la institución: la que tenía lugar entre las pacientes por un lado, y por otro, aquellas situaciones en las que se ponían ellas mismas en peligro. En relación con el primer tipo, en las historias clínicas se registran golpes, ataques con algún elemento filoso o tirones de pelo. En numerosos casos no aparece el relato acerca de cómo había sucedido el hecho, pero se describía que la paciente había sido golpeada o cortada en alguna parte de su cuerpo, que se había quebrado algún hueso, etc. También es usual encontrar descripciones de caídas y golpes de las pacientes cuyas causas no se explican con demasiada exactitud, pero se comenta que se encontraban doloridas o en recuperación. Una posible causa es que la misma condición psiquiátrica las hacía descuidar su integridad física, y las volvía propensas a golpearse solas. Además, la convivencia entre ellas generaba problemas constantemente y éstos eran resueltos a través de golpes, lo que quedó expresado en las historias clínicas. El tipo de escenas que se relatan son de mordeduras entre compañeras, golpes con elementos punzantes⁶⁹, y en un caso, por ejemplo, el golpe con un caño que provocó en la víctima el estallido de su globo ocular, entre tantos golpes en distintas partes del cuerpo⁷⁰.

Las autoridades de la institución conocían este cotidiano vivir de las habitantes del hospital y en ocasiones perdían el control de la situación; así encontramos una nota de la presidenta de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal

⁶⁸ Hacemos la salvedad de que esta descripción en la historia clínica pudo haber sido escrita con ironía. No podemos conocer el verdadero sentido que se pretendió darle al escrito, pero al haber sido escrito por un médico, elegimos interpretarlo desde una perspectiva con pretensión de “objetividad científica”, es decir, buscando acercarse lo más posible a la “realidad” en la descripción de los hechos. Elaine Showalter describe desde su perspectiva de género, para los asilos ingleses del siglo XIX, que las mujeres que tenían comportamientos contrarios a la elegancia esperada de ellas eran castigadas con aislamiento, baños fríos o algún tipo de sedativo. Ella sostiene que la excesiva elegancia que mostraban las mujeres en las calles puede haber hecho mayor contraste con aquellas internadas. Además resalta que las mujeres recibían estos castigos cinco veces más que los hombres. Véase Showalter, E. (1987), *The Female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Londres, Virago, pp. 81-82.

⁶⁹ Historia clínica 7913, Legajo 7. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁷⁰ Historia clínica 6931, Legajo 7. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

del 30 de mayo de 1924 donde decía que se lamentaba por los incidentes sucedidos entre dos pacientes en uno de los pabellones del hospital, el Charcot, y pedía el mayor de los cuidados para que esto no volviera a suceder. A partir de este llamado de atención, hubo varias notas de los responsables del hospital como respuesta en las que indicaban que se estaban haciendo cargo de la situación⁷¹. A pesar de no especificar a qué situación particular se referían, el hecho de que la presidenta de la Sociedad de Beneficencia opinase sobre una situación de violencia intrahospitalaria –que, tal como lo indican las fuentes, eran cotidianas– nos lleva a pensar que se trató de un episodio grave y que en su momento salió de los parámetros de “normalidad” y preocupó de sobremanera a las autoridades del hospital e instituciones a cargo.

Las fuentes destacan que estas situaciones violentas solían poner en peligro a las mujeres, y no había personal suficiente o preparado para prevenir o, en su defecto, contener a las pacientes durante estos episodios. Indefectiblemente, vivir por años en un ambiente con estas características debe haber afectado negativamente en la evolución de las patologías mentales o agravado la cronicidad de los cuadros de estas mujeres. Algunas quizás no podían poner este padecimiento en palabras por haber estado perdidas en sus síntomas psiquiátricos, pero otras deben haber sido conscientes de la violencia cotidiana en las que estaban inmersas.

En segundo lugar, encontramos descripciones de escenas en que las pacientes se ponían en riesgo a sí mismas, o al personal del hospital⁷². Como respuesta a estas actitudes violentas, se tomaban algunas medidas que, aunque no fueran consideradas un tratamiento terapéutico en sí, formaban parte de las prácticas psiquiátricas que servían como “métodos de control” de las pacientes.

⁷¹ Legajo 191. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora. Sociedad de Beneficencia. Archivo General de la Nación.

⁷² A modo de ejemplos de casos en que aparecen situaciones de violencia véase Historia clínica 9839, Legajo 46; Historia clínica 19.246, Legajo 139; Historias clínicas 7913 y 6931, Legajo 7; Historia clínica 8574, Legajo 8; Historia clínica 36.380, Legajo 9; Historia clínica 9452, Legajo 3. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

Algunos de ellos eran el uso del chaleco de fuerza o la inyección de ampollas de leche⁷³.

El disciplinamiento de los cuerpos y la aceptación de la violencia como práctica terapéutica para reducir síntomas y “mejorar” la calidad de vida de los pacientes, son procesos que se presentan en el ámbito del hospital psiquiátrico hasta el presente y que fueron y siguen siendo investigados desde diversas disciplinas⁷⁴. Como explican diversos autores, los vínculos entre los pacientes, los profesionales y la institución son activos y en esta interacción se van gestando y estructurando. Como sostiene Jimena Mantilla en su investigación sobre las prácticas psiquiátricas actuales, las interacciones entre los pacientes y los profesionales definen los contornos del uso de las contenciones y la construcción de su significado⁷⁵. No buscamos simplificar la cuestión del uso de la fuerza en una institución psiquiátrica y sabemos que en temas tan sensibles como éste es preciso ocuparse del caso a caso antes de llegar a apresuradas conclusiones. Lo que pretendemos, al hacer mención a esta temática, es describir uno de los elementos más destacados en los expedientes médicos del cotidiano de la vida en el hospital, siempre volviendo al hecho de que este trabajo busca reconstruir en parte el derrotero de personas a las que les tocó vivir esta realidad por décadas hasta su muerte.

En nuestra investigación, hubo casos en que la contención corporal fue directa sobre el cuerpo. Una escena de tensión y violencia entre las enfermeras y una paciente fue la protagonizada por Magdalena, ingresada en 1952. En su ficha escribieron:

“Poco después de su ingreso trató de fugarse trepando por los baños a la banderola y ocasionando momentos de peligrosa expectativa, que no tuvo ulterioridades debido a la decisión y abnegación de las enfermeras

⁷³ Las ampollas de leche eran inyecciones que se les aplicaban generalmente en las piernas. Estas ampollas generaban fiebre, edemas e incapacidad para moverse, lo que las obligaba a mantenerse en reposo.

⁷⁴ Véase Bialakowsky, A., Lusnich, C. y Rosendo, E. (2000), “La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo”, *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*, Vol. 46, n° 3, pp. 235-246; Mantilla, M. J. (2010), “De persona a paciente: Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires”, Tesis de Doctorado, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Buenos Aires.

⁷⁵ Mantilla (2010), p. 116.

de turno y del personal de máquinas, habiendo sido necesario cortar un hierro de la banderola, a fin de poderla descender sin peligros. Se indica vigilancia especial y restraint se entablilla el antebrazo”.⁷⁶

Esta escena muestra cómo en ocasiones las enfermeras necesitaban la colaboración de más personal de la institución para contener a las pacientes y evitar mayores daños físicos a sus propias vidas y a las vidas de las demás. Si bien no se describe la escena con detalle, la necesidad de restraint para contener a la mujer indica que se trataba de una paciente desbordada de excitación, difícil de contener y sin noción del peligro al que se exponía con su intento de fuga. A la vez esta acción de la paciente la muestra como una persona activa ante su situación de internación, que muestra su agencia ante el intento de fuga, a pesar de que éste haya sido detenido.

Otro ejemplo en el que el uso de la fuerza por parte del personal respondía a la necesidad de cuidarlas de sí mismas fue Clara, una paciente de quien se describió en 1953 que

“[...] es necesario contenerla con restraint con sábanas en los pies porque se tira del lecho, golpea con los pies la cama, se golpea el pecho con las manos como también vientre y piernas produciendo pequeñas equimosis”⁷⁷.

En casos como éste, la contención física se vinculaba con la posibilidad de estar “tranquilas” y de impedir la autoagresión.

En la etapa final del lapso que abarca nuestro trabajo (a partir de mediados de la década de 1950), también se usaron psicofármacos para tranquilizar a las pacientes ante escenas de desborde. En el caso de Bettina, por ejemplo, las fichas de enfermería la describían como agresiva e irrespetuosa. Una de las notas decía: “[...] en caso de que en algún turno arme ademanes y líos con

⁷⁶ Historia clínica 44.673, Legajo 45. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁷⁷ Historia clínica 8220, Legajo 46. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora. La equimosis es una lesión subcutánea caracterizada por depósitos de sangre desbordada debajo de la piel intacta.

pacientes o el personal hacerle la medicación indicada.” También se expresaba: “[...] se le realiza la medicación indicada pero la paciente continua eufórica y agresiva de palabra.”⁷⁸ Esta última idea manifiesta que en ocasiones la medicación no era suficiente para tranquilizar a las pacientes y que esto generaba situaciones de tensión con el personal de los pabellones por lo que se utilizaba mayor dosis de medicación. Tener a las pacientes medicadas permitía mantenerlas “calmadas” y a pesar de las dificultades que podían presentarse, un número importante de historias clínicas manifiestan que a partir de la dosificación de los psicofármacos era posible controlar los pabellones y tranquilizar aquellos casos aislados que generaban ciertos disturbios⁷⁹.

Por último, destacamos que el hecho de que las historias clínicas sólo describan actos violentos por parte de las pacientes no significa que no hayan existido actos violentos por parte del personal que convivía cotidianamente con ellas. Por supuesto, no ha quedado registro de ello en las fichas, pero no debemos olvidar que la voz directa de las pacientes está ausente⁸⁰.

El segundo tipo de violencia que nos interesa tratar, es la violencia simbólica. Pierre Bourdieu explica que la violencia simbólica es la coerción que se instituye a través de la adhesión, en que el dominado no puede evitar al dominante, y por lo tanto a la dominación. Los instrumentos de conocimiento que tiene el dominado –que es la misma estructura de dominación incorporada– hacen aparecer a esta relación como natural. La violencia simbólica es una violencia ignorada, que gracias a la adaptación inconsciente de las estructuras subjetivas y objetivas hace posible la incorporación de creencias que parecen dotadas de legitimidad, de lo que está en el orden de las cosas⁸¹. Mediante el concepto de violencia simbólica busca hacer visible una forma imperceptible de violencia cotidiana. El autor considera que a dicho tipo de violencia es complejo resistirse, ya que es algo que está en todas partes

⁷⁸ Historia clínica 8279, Legajo 11. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁷⁹ Volveremos sobre el uso de psicofármacos en el capítulo cinco.

⁸⁰ Entrevista realizada por la autora a L. V., psicóloga de la institución, 19 de mayo de 2013.

⁸¹ Chevallier, S. y Chauviré, C. (2011), *Diccionario Bourdieu*, Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 176-177; Bourdieu, P. (1999), *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama, p. 190.

y en ninguna⁸². Como expresamos anteriormente, tomamos estas ideas como herramientas para analizar un tipo de vínculo violento que existió en la institución, donde las mujeres fueron ubicadas en un lugar de *dominadas*, por el hecho de haber sido catalogadas con su patología mental, y de pertenecer a la institución, y también por ser mujeres, pues Bourdieu señala a las relaciones de género como uno de los modos más comunes de violencia simbólica.

Tomamos particularmente el aporte de Bourdieu en lo vinculado con el rasgo de invisibilidad de la violencia simbólica. A partir de esta noción, consideramos que en la cotidianidad hospitalaria, las relaciones de poder que se generaron, y que regían las dinámicas dentro de la institución, funcionaban en un plano implícito e inconsciente. Independientemente de los rasgos “organizativos” de una institución total al estilo de Goffman, que implicaban normas explícitas, consideramos relevante destacar la violencia de trasfondo. Bourdieu sostiene que a partir de los mecanismos de violencia simbólica, la opresión es más eficaz y por lo tanto más brutal; al *absorberse como el aire*, como dice el autor, los dominados se adaptan a la situación. Podemos de este modo entender a quienes estuvieron expuestas a una vida en esta institución, no tan sólo sin revelarse a ella, sino también naturalizando –la mayoría- que esta coyuntura era la correcta para ellas, ya que, como dijimos anteriormente, la única estructura desde donde podían pensar su realidad era la misma que las dominaba. Desde su proceso de admisión, las mujeres entraban en una dinámica vincular donde se instalaba este tipo de violencia. Su cuadro mental las posicionaba como “dominadas” ante sus familiares, el personal hospitalario, y ante médicos. Esto se reflejó, como fuimos describiendo en este capítulo, en las condiciones de vida en el hospital, en la pérdida de sus pertenencias y su singularidad, la pérdida de su autonomía, del control sobre su futuro y los cambios en su situación legal.

Además podemos ubicar estos mecanismos de dominación en los cuerpos de las pacientes, los cuales se encontraban completamente en manos de los médicos y el personal de la institución –excepto cuando se tratara de reacciones de violencia física hacia ellas mismas, para con otras pacientes o

⁸² Bourdieu, P. y Eagleton, T. (2000a), “‘Doxa y vida ordinaria’. Pensamiento crítico contra la dominación”, *New Left Review*, n° 0, Akal, Madrid.

con algún personal hospitalario, como ya describimos⁸³. Ya en el proceso de admisión, en manos de médicos hombres –hasta los años sesenta– las características fisiológicas femeninas –menstruación, embarazos y puerperio, menopausia– eran interpretadas en muchas ocasiones como causas que explicaban su patología mental. Luego, las decisiones sobre su terapéutica (exposición a malarioterapia, a terapias de shock, consumo de psicofármacos) también eran decisiones tomadas por los médicos, una situación en la cual por lo general las mujeres ni siquiera pensaban en la posibilidad de negarse. En el marco de esta estructura hospitalaria, la naturalización e invisibilidad de este proceso estaba dado por el “saber psiquiátrico” que dominaba la relación con las pacientes.

3.5.2 - Años de soledad. *La nostalgia de Olga*

Uno de los rasgos más importantes de la vida cotidiana de las mujeres que habitaron el hospital fue la soledad a la que muchas de ellas estaban expuestas. Una vez internadas en la institución, el tipo de vínculo que mantenían con sus familiares o seres queridos variaba según los casos. Muchas mujeres eran “depositadas” en el hospital para que fuera éste el que se hiciera cargo de sus vidas y, en repetidas ocasiones, también de sus cuerpos al momento de su muerte. Las ausencias familiares quedaban registradas en pequeños eventos cotidianos de la vida en la institución, ya sea por la falta de pago de la cooperadora, por la incapacidad de una de ellas a acceder a un objeto básico que haya necesitado (anteojos, por ejemplo)⁸⁴, la ausencia familiar al acercarse las fiestas de fin de año⁸⁵, o cuando el personal del hospital trataba de rastrear a los familiares y éstos habían cambiado de domicilio sin informarlo⁸⁶. También es habitual encontrar, en las historias clínicas, casos en los que los familiares mantenían relación con las pacientes hasta el momento de llevar a cabo un juicio de insania y de cobrar una pensión

⁸³ Bourdieu y Eagleton (2000a), pp. 223-224.

⁸⁴ Historia clínica 8081, Legajo 11. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁸⁵ Historia clínica 11317, Legajo 5. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁸⁶ Historia clínica 9683, Legajo 5; Historia clínica 6042, Legajo 1. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

y luego dejaban de tener contacto con ellas, a pesar de la insistencia de las asistentes sociales para continuar el vínculo⁸⁷. Todos estos indicios aislados, nos permiten armar un escenario hospitalario donde la mayor parte de las mujeres no contaban con vínculos por fuera de la institución. En un número importante de casos las pacientes morían y nadie reclamaba sus cuerpos, o los familiares manifestaban no contar con los medios económicos para hacerse cargo de ellos. Por lo general, éstos eran enviados a la Facultad de Medicina u a otro hospital para ser utilizados para investigación⁸⁸.

Hubo otras historias clínicas –las menos– en las que quedaron plasmados los esfuerzos de los familiares por continuar el vínculo con las mujeres internadas. Se describieron casos cuyas familias deseaban que fueran dadas de alta para retornar al hogar y de familiares que las visitaban sistemáticamente y estaban presentes ante sus necesidades. A veces, los médicos permitían salidas esporádicas, y otras fueron dadas de alta, pero todas retornaron luego a la institución⁸⁹.

⁸⁷ Este punto sobre los juicios de insania merece una investigación en sí misma y será tema de análisis en futuras instancias de trabajo. A pesar de las modificaciones sufridas por el Código Civil durante este siglo, planteamos cuál es la situación legal de los enfermos mentales, para manejar una idea general respecto de qué trataron estos juicios. Los dementes son incapaces de hecho y deben ser declarados tales judicialmente, a través del juicio de insania, para que proceda respecto de ellos la interdicción y el nombramiento de un curador. En la Argentina, esto se encuentra regulado por el Código Civil (Título X, de la Sección Primera del Libro Primero, bajo el título “De los dementes e inhabilitados”) y por las normas procesales provinciales y de la Capital Federal. El artículo 140 del Código Civil exige que, para que una persona sea considerada demente, debe ser declarada en esa calidad por un juez competente de la jurisdicción correspondiente al domicilio del denunciado. Además, dicho Código expresa, en su artículo 144, que pueden pedir declaración de demencia principalmente cónyuges, parientes, el Ministerio de Menores, cualquier persona del pueblo si el demente incomoda a los vecinos. (<http://www.codigocivilonline.com.ar>). Para algunos ejemplos destacados de nuestra investigación, véase por ejemplo: Historia clínica 12127, Legajo 4; Historia clínica 11492, Legajo 19. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁸⁸ Historia clínica 3794, Legajo 5; Historia clínica 1050, Legajo 6. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁸⁹ No olvidemos que las mujeres sobre quienes recae esta investigación murieron en la institución, por lo tanto la fuente presenta limitaciones en tanto no podemos indagar sobre los casos de aquellas que fueron dadas de alta. Algunos ejemplos de esta situación: Historia clínica 33676, Legajo 45; Historia clínica 35929, Legajo 63. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

No es posible, a partir de nuestro material de trabajo, conocer las causas del abandono en cada caso, por lo tanto este aspecto no forma parte de nuestra investigación; pero sí podemos analizar la vivencia de soledad tomando como material una carta escrita por una de las mujeres⁹⁰. Retomamos el concepto de paradigma indiciario analizado por Carlo Ginzburg donde el autor destaca que, mientras la ciencia positivista prioriza lo repetible y las generalizaciones, este modo de trabajo se interesa por lo irreplicable y singular⁹¹. Trabajamos el caso de Olga a partir de esta carta, un tipo de registro escasísimo entre las historias clínicas, como una forma de destacar una fuente original y excepcional dentro del acervo utilizado para esta tesis.

Como sostiene Rafael Huertas, las cartas –como otros documentos escritos por pacientes– que se encuentran junto a sus historias clínicas y no llegaron a

⁹⁰ La cuestión de las cartas y otro tipo de escritos por parte de los pacientes ha sido tema de investigación en el campo de la historia de la psiquiatría por parte de autores de diversas partes del mundo. Ya sea para tratar de entender la subjetividad de los pacientes, para encontrar el uso institucional que se hacía de ellas, para destacar algún personaje relevante, etc. Véase por ejemplo: Ríos Molina, C. A. (2004), “Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX”, *Frenia*, Vol. 4, n° 2, pp. 17-35; Campos, R. (2010), “Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso morillo (1882-1884)”, *Frenia*, Vol. 10, pp. 95-122; Castillo Gómez, A., Sierra Blas, V., (2005), *Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Trea, pp. 379-399 y 421-447. Huertas, R. (2013), “Another History for Another Psychiatry”, *The Patient’s View, Culture & History Digital Journal*, Vol. 2, n° 1; Rivera-Garza, C. (2010), *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General*, México, Tusquets; Porter, R. (1987), *A Social History of Madness. Stories of the Insane*, Londres, Weidenfeld and Nicolson; Conseglieri Gámez, A. M. (2014), “El Manicomio nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales”, Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), Wadi, Y. M. (2009), *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*, Uberlândia, EDUFU; Barfoot, M. y Beveridge, A. (1990), “Madness at crossroads: John Home’s letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1886-87”, *Psychological Medicine*, n° 20, pp. 263-284; Beveridge, A. (1998), “Life in the Asylum: patients letters from Morningside, 1873-1908”, *History of Psychiatry*, n° 9, pp. 431-469; Reaume, G. (2000), *Remembrance of patients past. Patients Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*, Canadá, Oxford University Press; Choquard Ramella, F. (1999), “Recherches sur les écrits asilaires, l’importance des écrits de patients dans l’interaction avec leur médecin”, *L’Ecrit*, n° 24, DUPA, Lausanne. Véase Balbo, E. (1998), “Medicina y sociedad en la casa de dementes de Santa Isabel de Leganés: una historia clínica de 1858-1869”, en Ballester, R. (ed.), *La medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (siglos XVIII a XX)*, Alicante, Instituto de Cultura “Juan Gil-Albert”, pp. 265-275.

⁹¹ Ginzburg, C. (1989). *Mitos, emblemas, indicios. morfología e historia*. Barcelona, Gedisa.

destino manifiestan ante el investigador la vida cotidiana en los establecimientos psiquiátricos desde la experiencia del internado, sus preocupaciones, angustias y miedos, sean éstos patológicos o no; en definitiva, sobre la vivencia de la enfermedad⁹². Cita aquí la obra pionera sobre estos temas de Roy Porter de 1985, donde se manifestaba la necesidad de utilizar este tipo de fuente para conocer la subjetividad del paciente⁹³. También las autoras García Días y Jiménez Lucena, se ocupan del análisis de las cartas y consideran que éste se hace a manera de expresión de cómo la paciente se ve a sí misma y a los demás (personas con las que se vincula en la institución y familiares)⁹⁴. Olga había sido trasladada al hospital por la policía con un “cuadro de alcoholismo subagudo en una débil mental”; ingresó a la institución en 1928 y falleció en 1949, es decir que estuvo internada por 21 años.

“Querido tío. La presente es para manifestarle que estoy completamente bien de salud esperando que todos estén bien igualmente. Desearía que cuanto antes me saquen porque me encuentro aburrida de estar tanto tiempo y prometo portarme todo lo bien posible para no volver otra vez porque extraño [sic] mucho y estoy muy triste y tengo muchos deseos de verlos a todos y visitarlos[...].”⁹⁵.

Percibimos en primer lugar que fue la paciente la que pidió a su pariente ser retirada de la institución en una carta escrita con absoluta coherencia y sin problemas de expresión. Olga mostraba un arrepentimiento como una primera señal de curación. Al reconocer que se había portado mal, existía en ella un reconocimiento de su error y una equiparación entre su “locura” con aceptar su error y la internación con un castigo. Posiblemente la familia también había

⁹² Huertas (2012), p. 168.

⁹³ Porter, R. (1985), “The Patient's View: Doing Medical History from below”, *Theory and Society*, Vol. 14, n° 2, pp. 175-198; Porter (1987).

⁹⁴ García Días, C., Jiménez Lucena, I. (2010), “Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones complicidades y resistencias en torno a la loca (El manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950)”, en Montiel. L., Huertas, R. (coords.), “Dossier: enfermedad mental y cultura de la subjetividad (siglos XIX y XX)”, *Frenia*, n° 10, pp. 123-145.

⁹⁵ La redacción que se presenta respeta la carta original, por lo que fueron transcritos los errores de ortografía y de redacción. Historia clínica 26.898, Legajo 68. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

hecho esta equiparación y por eso ella lo repetía. El autor Ríos Molina describe la normatividad doméstica como aquellas reglas domésticas que cada integrante debe seguir según su edad y sexo; éstas se basan en la herencia cultural y la tradición del “deber ser” de cada integrante; este conjunto de deberes y derechos se funda en relaciones de poder. En estos ideales de comportamiento, “la loca” de la familia vendría romper con este ideal y las posibilidades de control de la familia. Ante la incapacidad de la familia para controlar esta situación doméstica, la mujer era internada en el hospital, que contaba con los medios para intervenir⁹⁶. Estos comportamientos, independientes de la patología mental de la mujer y que no implicaban delito pero iban en contra de la moralidad doméstica, señalan, de acuerdo con Foucault, que la psiquiatría se inscribe como una técnica de restitución de la justicia familiar⁹⁷.

Luego la carta continuaba,

“[...] ya ya le dije a abuelita que iba a obedecerla y no salir a la puerta sino cuando esté a ella o cuando salga a pasear. Así espero que no serás tan malo con tu sobrina y que te acuerdes que ya son más de dos años que estoy aislada sin tener nada estoy completamente restablecida y curada”.⁹⁸

La paciente prometía no salir a la calle, lo que nos da a entender que no repetiría lo que hacía en forma previa a su internación. El problema de que Olga saliera a la calle era de dos tipos: por un lado, el riesgo que implicaba que una mujer con un cuadro mental transitara sola. De hecho, como señalamos, Olga fue llevada a la institución por la policía, de lo que se infiere que probablemente la encontraron generando algún tipo de “disturbio” o, como se

⁹⁶ Ríos Molina (2009), p. 145. Sobre esta temática analizada desde una perspectiva de género véase Lobato, M. Z. (2007), *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*, Buenos Aires, Edhasa; Barrancos, D. (2008), *Mujeres entre la casa y la plaza*, Buenos Aires, Sudamericana; Nari, M. (2004), *Políticas de la maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890-1940)*, Buenos Aires, Biblos, entre otros.

⁹⁷ Foucault, M. (2000), *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, p. 140.

⁹⁸ Historia clínica 26.898, Legajo 68. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

manifestaba en las admisiones, con un “comportamiento extraño”. Por otro lado, era una forma de mostrarse en público, cuando probablemente la familia prefería esconder al “diferente” por una cuestión de prejuicios frente a sus vecinos y de estigmas sociales frente a los rasgos mentales de Olga. Además a partir de la expresión “iba a obedecerla” estaba manifestando, como ya expresamos, que se iba a someter a la normatividad doméstica.

El pedido de Olga seguía de este modo:

“Aunque sea para venir a verlos salir un poco afuera respirar el aire que tanto bien me hace y después si quieren volver otra vez [...]”. [...] porque tengo[...] deseos de ayudarles en algo y cuidar a abuelita que todos los lunes tiene que costearse en venir que ya no puede y evitarle todo ese trabajo muchos recuerdos a todos y besos a la[...] y a los chicos y demás esperando que vengas y me contestes pronto. Sin más que decirte por este momento. Se despide tu sobrina que te quiere y desea verte y que me saques pronto [...]”⁹⁹.

La referencia a las visitas semanales de su abuela denota presencia de la familia en su vida. Olga ofrecía una “contraprestación”: a cambio de no estar más internada, decía que cuidaría a su abuela. Esto se vincula con los trabajos en el hogar que llevaban adelante las mujeres. Olga ofrecía a su tío hacerse cargo de su abuela y, por lo tanto, no causarle a ella la molestia de tener que ir a visitarla: era un modo de “comprar su libertad” brindando a cambio la realización de un quehacer típicamente femenino.

Debajo de la carta había una nota del médico que decía “la enferma si bien ha mejorado no está en condiciones de volver a su hogar”. Esta carta al encontrarse junto con la historia clínica, probablemente nunca llegó a destino; de todos modos, y sin indicar los motivos, la decisión médica fue que permaneciera internada.

Retomamos el trabajo de Huertas en lo referido a la correspondencia de las internadas, para señalar que estas cartas no llegaron a destino y fueron anexadas a las historias clínicas por diversas razones, sea para ilustrar las

⁹⁹ Historia clínica 26.898, Legajo 68. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

patologías de las pacientes o bien sus resistencias a la internación. Por las características de la carta de Olga, consideramos que en este caso el motivo pudo estar más cerca de la segunda razón expuesta. Claramente, estas epístolas no tuvieron respuesta y por lo tanto, como expresa el autor español, son portadoras de soledad y ausencia¹⁰⁰. Por último, Rafael Huertas vincula la soledad que se desprende del análisis de este tipo de fuente con la exclusión social del enfermo mental, su pérdida de lugar como ciudadano, denominándolo una no-persona ubicado en el no-lugar de Marc Augé¹⁰¹, donde el asilo se mira como un sitio de tránsito y de no pertenencia (los pacientes anhelan con salir),

“[...] como un recinto de exclusión, en el que a ese sentimiento de no pertenencia se le añade la negación de la identidad, el lenguaje no compartido, la soledad, el silencio y, en suma, la alienación”¹⁰².

Esta carta muestra, a nuestro entender, la agencia de una paciente que deseaba dejar la institución hospitalaria, que probablemente se hubiera beneficiado de esa externación y que, a diferencia de la mayoría de los expedientes médicos a los que tuvimos acceso, al escribir a su familia tuvo la posibilidad de expresar sus sentimientos y sus deseos de volver al hogar. Su escrito muestra la tristeza y el aburrimiento que la vida internada le generaba y la necesidad de reinsertarse en su núcleo familiar. Olga murió en el hospital de Lomas de Zamora. Deducimos que hubo muchas otras mujeres que sentían esa soledad, y que sus cuadros clínicos eran lo suficientemente leves –o quizás ni siquiera existían– como para poder entender que estaban en condiciones de abandonar el hospital y que, por diversas causas –familias que las abandonaban, cuestiones burocráticas, decisiones médicas– pasaron el resto de sus vidas en la institución.

¹⁰⁰ Huertas (2012), p. 168.

¹⁰¹ Augé, M. (1993), *Los “no lugares”, espacios del anonimato. Una antropología de la sobre modernidad*, Barcelona, Gedisa.

¹⁰² Huertas (2012), p. 169.

3.6- Algunas ideas finales

En primer lugar, destacamos la posibilidad de analizar cómo los psiquiatras interpretaron la locura y actuaron ante ella en el proceso de admisión y diagnóstico de las pacientes. Esto implicaba “nombrar” a las pacientes con cierta patología, que las acompañaría en ocasiones hasta 40 años. Realizar esta labor, significaba dejar de lado los debates sobre lo incompatible de las teorías, y aprovechar y combinar toda herramienta teórica que ayude a entender a las mujeres que tenían en frente, pues la complejidad del trabajo clínico generaba que se mezclaran diversas corrientes de pensamiento psiquiátrico.

En segundo lugar destacamos los dos modos de análisis que realizamos sobre las características de población hospitalaria y la vida cotidiana en la institución: una perspectiva cuantitativa del total de los casos seleccionados y en el período completo que abarca la investigación, y algunas lecturas cualitativas de casos excepcionales. Estos análisis nos permitieron encontrar dos realidades que conviven en nuestra investigación. Por un lado al analizar el total de población, nos enfrentamos a un hospital con rasgos de institución total, y por otro, al estudiar algunos casos destacados, pudimos analizar la agencia de estas mujeres al reaccionar de modo activo ante las reglas explícitas e implícitas del hospital (por ejemplo a través de actos de violencia o intentos de escape). Analizar la totalidad de los casos y en el largo plazo, nos permitió contextualizar las excepciones, entender que representación tienen para el total de las mujeres analizadas y destacar el valor de su análisis.

En tercer lugar, destacamos el *tiempo largo* de este proceso histórico. Marcamos que el hospital parece haber tenido una inercia propia, en la que el tiempo se movía imperceptiblemente y las descripciones que las fuentes hacen del cotidiano vivir, parecen ser las mismas a pesar del paso de las décadas. Quisimos reproducir esta sensación de quietud y “aislamiento del afuera” que aparece en las descripciones del hospital. Si hubo grandes cambios y cortes, éstos no fueron registrados en los documentos consultados. Sabemos (como veremos en el último capítulo de esta tesis) que los cambios en las últimas dos décadas de nuestro estudio, se produjeron con los nuevos modos de entender

y tratar la patología psiquiátrica y que se manifestaron en los tratamientos realizados¹⁰³.

En cuarto lugar, destacamos que a partir del análisis del cotidiano vivir de estas mujeres que fallecieron en la institución, y el modo en que fue registrado en las historias clínicas, entendemos que las mismas se quedaron por fuera de la historia, no hubo lugar para ellas en las líneas que se pensaban para la población sana en el devenir de la sociedad argentina. Por el contrario, estas mujeres “depositadas” en la institución acompañaron con sus vidas los vaivenes de las teorías y las prácticas psiquiátricas pero siendo vistas de mismo modo: como enfermas crónicas.

Por último, resaltamos que a partir de nuestro trabajo pretendimos aportar al análisis sobre la vida de las inmigrantes, al menos un grupo acotado de ellas: “las locas”. El número elevado de mujeres extranjeras en el Esteves nos permitieron este estudio. Desde la historia cuantitativa buscamos encontrar nuevos matices y complejizar las lecturas realizadas hasta ahora sobre la relación locura e inmigración en Argentina. Llegamos principalmente a la conclusión de que la inmigración fue un rasgo más del devenir social del país en el cambio de siglo, y que ciertas teorías -como el degeneracionismo y la biotipología- sirvieron para exagerar la presencia de patología mental de los inmigrantes como un peligro para toda la nación. Además destacamos que el mismo proceso inmigratorio pudo haber generado consecuencias que derivaron en una internación psiquiátrica (como la falta de una contención familiar). En lo que refiere al interior de la institución, pretendimos describir la cantidad, distribución y variedad de nacionalidades de esta población inmigrante, mostrar las complicaciones que sufrieron estas mujeres en su estancia en la institución (particularmente el idioma), y por último analizar la percepción y acción de los médicos frente a este grupo de pacientes (destacando el hecho diagnóstico). Notamos principalmente que en este encuentro, no pesaron las diferencias

¹⁰³ Sobre comunidades terapéuticas en el Hospital Esteves véase Golcman, A. (2012a), “The experiment of the therapeutic communities in Argentina: the case of the Hospital Esteves”, *Psychoanalysis and History*, Vol. 4, t. 2, pp. 269-284; (2012b), “Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas. Argentina, 1960-1970”, *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. X, n° 3, pp. 387-401.

idiomáticas, pero si la nacionalidad, lo que marcamos como una distancia cultural, sumada a la propia distancia entre un médico y una paciente.

CAPÍTULO IV

Demencia precoz y esquizofrenia. Debates, reflexiones, transcripciones, ideas

4.1- Introducción

La demencia precoz y la esquizofrenia fueron cuadros clínicos emblemáticos de la psiquiatría del siglo XX. En este capítulo nos interesa ocupar un espacio aún vacío en la historiografía argentina al analizar cómo estas afecciones se entendieron, debatieron y analizaron en nuestro país. Es decir, rastreamos las ideas de los psiquiatras argentinos sobre el diagnóstico de demencia precoz de Emil Kraepelin, y el de esquizofrenia de Eugen Bleuler. Desarrollamos este estudio desde la perspectiva de la historia cultural de la psiquiatría, a partir de la cual pretendemos entender cómo una idea se concreta, se acepta y se transmite en cierto contexto específico, para lo que es preciso conocer los rasgos particulares de las nociones de la disciplina en cada momento¹⁰⁴. Pretendemos aquí retomar los diagnósticos que en el capítulo anterior se analizaron a partir del trabajo cotidiano de los psiquiatras en la institución hospitalaria con las pacientes crónicas –es decir el uso concreto de los diagnósticos-, y analizar los desarrollos teóricos sobre los mismos¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Huertas, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*, Madrid, Los libros de la catarata, p. 74.

¹⁰⁵ Para investigaciones posteriores deseamos abrir una veta de trabajo sobre la circulación de ideas psiquiátricas argentinas en el campo de la circulación de saberes; esta perspectiva ha tomado gran relevancia en las últimas décadas y se ha desarrollado tanto para la disciplina histórica como para otras como la sociología, las ciencias políticas y la antropología. Sobre estas temáticas véase González Leandri, R. y González Bernaldo de Quirós, P. (2013), “Introducción”, *Revista de Indias*, Vol 73, n° 257, pp. 11-22; Salvatore, R. (2007), *Contextos locales y redes transnacionales en la formación del conocimiento moderno*, Rosario, Beatriz Viterbo; Plotkin, M. B. y Zimmerman, E. A. (2012), *Los saberes del Estado*, Buenos Aires, Edhasa; Rodgers, D. T. (1998), *Atlantic Crossings: Social Politics in a Progressive Age*, Boston, Harvard University Press; Bourdieu, P. (1999), “The social conditions of the international circulation of ideas”, en Shusterman, R. (ed.), *Bourdieu: A Critical Reader*, Oxford, Blackwell, pp. 220-228; Charle, C. et al. (eds.) (2004), *Transnational Intellectual Networks. Forms of Academic Knowledge and the Search for Cultural Identities*, Berlín, Campus; Fleck, C. (2011), *A Transnational History of the Social Sciences. Robber Barons, the Third Reich and the Invention of Empirical Social Research*, Londres, Bloomsbury; García, Jr., A. (2009), “Introduction: études internationales et renouveau des modes de pensée et des institutions politiques. Le cas du Brésil”,

El derrotero de estas nosologías fue la siguiente: B.A Morel ya había utilizado el término demencia precoz en el siglo XIX, como una de las locuras hereditarias dentro de la teoría del degeneracionismo. De igual modo, fue a partir del trabajo del psiquiatra Emil Kraepelin cuando se comenzó a diagnosticar con mayor frecuencia la demencia precoz que se categorizó como tal en 1899. La esquizofrenia por su parte, se presentó en 1911 en manos de Eugene Bleuler y para gran parte de la psiquiatría, fue una versión más compleja y evolucionada del diagnóstico de demencia precoz. En nuestro país encontramos artículos científicos sobre demencia precoz desde 1903 hasta 1943 y sobre esquizofrenia desde 1920 hasta el final de nuestra investigación. En esta tesis, el uso que los psiquiatras hicieron de los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia son analizados de manera conjunta en el caso del Hospital Esteves. Ambos representan el 27% de los diagnósticos de psicosis entre las historias clínicas con las que trabajamos, lo que equivale a 266 casos, sin contar aquellos cuadros psiquiátricos que se registraron como “combinados” de varias patologías¹⁰⁶. En este capítulo ponemos la lupa en los artículos médicos publicados, como dispositivo para comprender las ideas de los psiquiatras sobre las patologías y su interpretación de las lecturas extranjeras¹⁰⁷. En el trabajo con las historias clínicas, observamos que éstas

en García, A. y Muñoz, M. C. (2009) (dirs.), *Mobilité universitaire et circulation internationale des idées. Le Brésil et la mondialisation des savoirs*, Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs, hors série, n° 2, pp. 7-32; Gingras, Y. y Heilbron, J. (2009), “L'internationalisation de la recherche en sciences sociales et humaines en Europe (1980-2006)”, en Sapiro, G. (ed.), *L'Espace intellectuel en Europe, XIX-XXIe siècles*, París, La Découverte, pp. 359-388; Heilbron, J. et al. (2008), “Toward a Transnational History of the Social Sciences”, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Vol. 44, n° 2, pp. 146-60; Sapiro, G. (2008), “La circulation internationale des livres de sciences humaines et sociales: le cas des traductions”. Paper presentado a la conferencia “Sciences humaines et sociales en société”, Université Paris-Descartes (14-16 de mayo) (borrador).

¹⁰⁶ Optamos por dejar de lado los diagnósticos “combinados” y trabajar únicamente con los definidos, porque la fuente presenta una limitación importante: no es posible saber en qué casos los diagnósticos fueron combinados en una misma admisión de la paciente y en cuáles fue en diversas admisiones que lo fueron cambiando. El diagnóstico se escribía en un renglón de la tapa del expediente clínico pero no se señalaba (en la mayoría de las ocasiones) de qué admisión se trataba. Para manejarnos con los datos estadísticos y en busca de llegar a conclusiones más certeras, optamos dejar estos diagnósticos combinados de lado (el 12% del total).

¹⁰⁷ El derrotero de estas revistas médicas, sus directores y sus vinculaciones con otras instituciones psiquiátricas serán temas a investigar en futuros trabajos, al igual que nos interesará indagar sobre la labor de los psiquiatras en los programas de

casi no brindan información sobre las patologías con que se diagnosticaba a las pacientes –más allá de nombrarlas-. Por lo que fue preciso apoyarnos en los textos científicos como segundo acervo documental de base para indagar sobre cómo se formó el “ojo clínico” de los psiquiatras a partir de la relación dialéctica entre el trabajo clínico y sus producciones científicas. Es decir, debates que tuvieron lugar en congresos, jornadas, cátedras universitarias y en ámbitos hospitalarios, y que se plasmaron en estos textos.

Enfatizamos también que no hemos encontrado específicamente artículos referidos a casos clínicos de pacientes del hospital de Lomas de Zamora, ni de médicos que se hayan identificado como trabajadores de dicha institución. Este hecho nos permite sostener que el desarrollo del “ojo clínico” de los psiquiatras lo rastreamos en nuestra investigación en dos escenarios bien diferenciados: el conformado por el ámbito académico, representado por estos artículos que circulaban por el “centro”, y el del hospital, que conformaría la “periferia”, representado por los expedientes médicos. Entendemos que hay otros posibles escenarios, que permiten a su vez otras perspectivas desde las cuales pensar este fenómeno, y esperamos poder transitarlos en futuras investigaciones.

Buscamos entonces llevar a cabo un trabajo acotado en las patologías de demencia precoz y esquizofrenia –que en ocasiones fueron entendidas como sinónimos–, a modo de un “estudio de caso” dentro de los diagnósticos utilizados por los psiquiatras. Luego de un rastreo en profundidad sobre las producciones locales, realizamos la selección de algunos trabajos de médicos, teniendo en cuenta aquellos autores que lograron sistematizar ideas, generaron discusiones y se posicionaron con algún argumento al respecto.

En este marco, destacamos también que durante la búsqueda de estos debates, nos encontramos a veces sólo con borrosas huellas, comentarios sueltos referidos a las patologías y en otras ocasiones con importantes desarrollos teóricos sobre las mismas. Entendemos que hay diferencias en cuanto a la profundidad y a los niveles de reflexión de los trabajos, pero pretendemos en este capítulo mostrar todo el abanico de producciones científicas vinculadas a nuestro tema de investigación y no quedarnos

las cátedras que dictaban, su lugar en la Facultad de Medicina, el espacio que ocupaban en los hospitales, entre otros rasgos que hacen al estudio en profundidad de ciertos personajes. Para conocer la lista completa de revistas véase el cuadro N° 15 del Anexo N° 2.

únicamente con los nombres más destacados de la disciplina psiquiátrica. Esta elección implicó el trabajo de rastrear quiénes eran los autores de los textos seleccionados, búsqueda que en ocasiones fue compleja justamente por no ser referentes de la disciplina, pero sí profesionales que se ocuparon de las patologías en cuestión.

El capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, haremos una presentación general de la producción teórica sobre psicosis en Argentina, tomando las cuatro patologías que más se diagnosticaron en el hospital en estudio (demencia, delirio, demencia precoz y esquizofrenia). En segundo lugar entraremos al análisis puntual de demencia precoz y esquizofrenia. Como punto de partida haremos un pequeño rastreo sobre qué entendió la historia de la psiquiatría por esquizofrenia; luego describiremos ambas patologías a partir de las explicaciones de sus creadores. Ya entrando al ámbito local, en el apartado más extenso del capítulo, desarrollaremos cuatro grandes ejes que consideramos fueron los más destacados en el desarrollo teórico sobre dichos cuadros psiquiátricos y que pretenden acompañar el proceso diacrónico de esta producción –a pesar de presentar superposiciones en su periodización-: la anatomopatología, el debate entre el uso de los términos de demencia precoz y esquizofrenia, los rasgos propios de la enfermedad y las terapias que se utilizaron para tratar las mismas.

4.2- Las psicosis en las producciones teóricas argentinas

Cuando procesamos los diagnósticos de psicosis en las historias clínicas del Hospital Esteves, vimos que los más destacados eran demencia, delirio, demencia precoz y esquizofrenia. A partir de este dato, iniciamos la búsqueda de artículos científicos referidos a estas patologías en las revistas psiquiátricas. Relevamos todas las revistas nacionales con artículos sobre estas temáticas (17 revistas), que se encuentran en el Archivo de la Facultad de Medicina de la UBA y en la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, las dos instituciones más relevantes y con mayor información sobre la temática en Buenos Aires. Con el fin de escudriñar el “ojo clínico” de los médicos argentinos, nos centramos en las producciones de psiquiatras de nuestro país y dejamos de lado para el análisis los trabajos de autores extranjeros.

Fueron 198 los artículos sobre los cuadros de psicosis en general. La mayoría de ellos trata sobre demencia precoz y esquizofrenia, diagnósticos que fueron también mayoría en el hospital. Este punto será desarrollado en detalle más adelante.

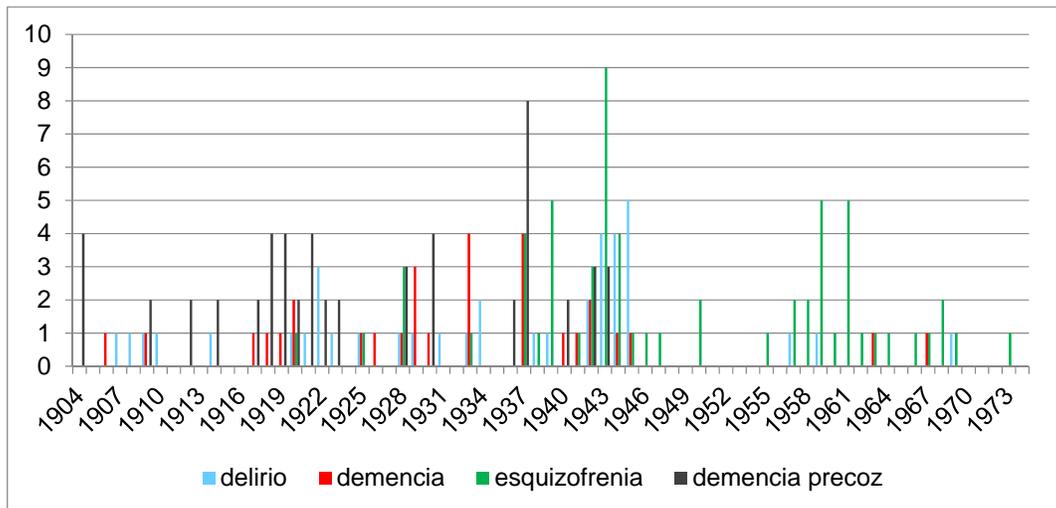
Cuadro N°6: Porcentaje de los artículos publicados, clasificados según diagnóstico de las psicosis más representativas.

Diagnóstico	Porcentaje de artículos
Demencia	30%
Delirio	23%
Esquizofrenia y demencia precoz	47%

Fuente: Revistas médicas nacionales consultadas sobre artículos de psicosis. Archivo de la Facultad de Medicina de la UBA y Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

En lo relativo a la distribución de los artículos a lo largo del período de estudio, notamos que el diagnóstico de demencia precoz está presente desde el inicio de nuestro período de investigación y desaparece en 1943, y que los trabajos sobre esquizofrenia aparecen en la década de 1920 y se extienden hasta el final de nuestro trabajo. Ambas nosologías en conjunto constituyen el tema del 47% de los textos. Los diagnósticos sobre delirios están presentes en todo el período pero no se hallaron artículos sobre el tema entre 1945 y 1957. A pesar de que encontramos textos sobre demencia hasta 1967, la mayor parte de éstos se concentran hasta mediados de 1940. Esta distribución quedó plasmada en el gráfico N° 8.

Gráfico N° 8: Distribución en el tiempo de los artículos de las cuatro patologías más destacadas (1903-1973).



Fuente: Revistas médicas nacionales consultadas sobre artículos de psicosis. Archivo de la Facultad de Medicina de la UBA y Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

En cuanto a las características de los trabajos sobre psicosis, pueden hallarse diferencias importantes entre aquellos cuyo tema es el delirio respecto de los que tratan sobre demencia precoz y esquizofrenia. Desde el punto de vista teórico, en los delirios era marcada la influencia de las ideas de médicos franceses en que se apoyaban los autores para explicar el cuadro patológico, mientras para el caso de la demencia precoz y esquizofrenia era más ecléctico el uso de diversas escuelas (como de desarrollaremos más adelante). Al analizar el cuadro del delirio, los psiquiatras se ocupaban del individuo enfermo más que de la patología que éste padecía como una entidad propia. Los autores desarrollaban en profundidad casos clínicos de su propia práctica, y exponían en primer lugar la vida del enfermo y su derrotero antes y después de la internación.

Los que tenían como tema la demencia, por su parte, presentaban con detalles cómo era el estado demencial, el estado de modificación de las funciones psíquicas y las expresiones clínicas que podían ser leves o profundas. Preocupaba también el “desmadre moral” y la decadencia del juicio que la enfermedad podía traer aparejados. La mayor parte de los trabajos se basaban

en peritajes realizados por psiquiatras en juicios de insania. Por lo general, se notaba un trabajo exhaustivo de los peritos: por ejemplo, en un caso se mencionaba que se había visitado al paciente en doce oportunidades en la institución en la que estaba internado, y que además se habían buscado datos previos a la internación para tratar de rastrear dónde vivía, y se habían realizado entrevistas a las personas a las que el paciente frecuentaba¹⁰⁸.

En este apartado pretendemos destacar las diferencias más relevantes que aparecían entre el trabajo con estos cuadros mentales –delirio y demencia- y nuestros casos de estudio –demencia precoz y esquizofrenia-, a pesar de no realizar un desarrollo teórico profundo de las dos primeras¹⁰⁹. Tanto por su relevancia cuantitativa en el caso del Esteves, como por el lugar crucial que ocuparon en la disciplina psiquiátrica del siglo XX, elegimos trabajar con la demencia precoz y la esquizofrenia. A continuación realizaremos un pequeño recorrido por lo que algunos autores destacados de la historia cultural de la psiquiatría entienden por esquizofrenia, y de este modo explicar desde qué perspectiva pretendemos ubicarnos para llevar a cabo esta investigación.

4.3- Hacia una historización de la esquizofrenia

Cada cultura escoge las enfermedades en las que el sufrimiento físico o psíquico le parece particularmente aterrador para hacer con ellas las representaciones simbólicas de los miedos fundamentales del ser humano: el miedo de morir y el miedo a perder la razón¹¹⁰.

Esta cita nos invita a ubicar nuestra mirada en aquello que se entendió por demencia precoz y esquizofrenia durante el período estudiado. Como explica Jean Garrabé, la evolución del término con que se nombra una enfermedad es reflejo de una historia cultural¹¹¹. Fernando Colina, por su parte, sostiene que la

¹⁰⁸ Benites, C. D. y Uriburo, J. V. (1907), “Delirio sistematizado progresivo”, *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, n° VI, pp. 59-71. Informe pericial.

¹⁰⁹ En futuras investigaciones trataremos estas dos patologías en profundidad, tanto en su desarrollo teórico y su presencia en las historias clínicas hospitalarias, como en otros espacios donde hubo presencia de esta disciplina, principalmente el papel de los psiquiatras en los juicios de insania.

¹¹⁰ Garrabé, J. (1996), *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica, p. 11.

¹¹¹ Garrabé (1996), p. 16.

psiquiatría es hija de la cultura de su época, y entiende por cultura a los modos de vida de una época en relación con las creencias, las técnicas, las costumbres, el arte, el derecho o los códigos morales vigentes¹¹². La historia cultural de la locura nos brinda elementos para indagar en las producciones teóricas de los psiquiatras argentinos sobre estas patologías mentales, teniendo en cuenta, sobre todo, que al momento de hacer ciencia el clínico no puede dejar totalmente de lado su subjetividad, y que en ella se manifiestan su ética, sus deseos, sus ideales y prejuicios y el contexto en el que estaba inserto¹¹³.

Consideramos que el trabajo clínico impacta en las posibles lecturas teóricas que realizan los médicos, pero también que la observación de los médicos está determinada por una teoría previa, por lo que también es preciso, para hacer una historia de la psiquiatría, conocer las ideas vigentes en la disciplina. Es por eso que nos apoyamos en Germán Berrios y en las producciones de la escuela de Cambridge, que se ocuparon en las últimas décadas de historizar la psicopatología descriptiva, en el marco de la historia conceptual de la psiquiatría. Para Berrios, este análisis de la psicopatología descriptiva permite observar una relación dinámica entre el fenómeno psicopatológico y el observador¹¹⁴.

La historiografía española por su parte, vincula el desarrollo de la modernidad con la constitución de la esquizofrenia como “objeto cultural”, momento en el cual ciertos rasgos de alteridad y subjetividad fueron entendidos como “esquizofrénicos”. Entienden que esta modernidad, que exige constituirse como sujeto y a su vez objetivarse a sí mismo, es el escenario constitutivo de la esquizofrenia¹¹⁵. Desde nuestro objeto de estudio, partimos de las ideas plasmadas por los autores españoles, pero buscamos contextualizar la aparición y el uso del diagnóstico de la esquizofrenia en el escenario argentino, para evitar “universalizar” el impacto de los procesos de modernización en el

¹¹² Álvarez, J. M. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, p. 11.

¹¹³ Álvarez (2008), p. 84.

¹¹⁴ Huertas, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*. Madrid: Los libros de la catarata, pp. 125-127.

¹¹⁵ Álvarez (2008), p. 244; Novella, E. J. y Huertas, R. (2010), “El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia”, *Clínica y Salud*, Vol. 21, n° 3, pp. 212-215.

desarrollo de la psiquiatría. Al vincular estas ideas sobre la esquizofrenia con nuestro objeto de estudio local, sostenemos que cada cultura genera ciertos rasgos particulares sobre cómo se enferma, pero también sobre qué se entiende por enfermedad, es decir, qué es lo que se observa y cómo se presenta teóricamente.

4.3.1- Los diagnósticos

Fue a partir del trabajo del psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) cuando se comenzó a diagnosticar con mayor frecuencia la demencia precoz. Este médico, influenciado, entre otros, por Karl Kahlbaum, Jean Pierre Falret, Bénédict Augustin Morel, Wilhem Wundt, Paul Moebius, Valentin Magnan¹¹⁶, se embarcó en un proyecto de reorganización de términos y conceptos; señalaba que era posible caracterizar una enfermedad si se estudiaban su causa, su curso y su pronóstico, y definió a la demencia precoz como una psicosis con deterioro temprano y permanente de la capacidad cognitiva. Kraepelin sostenía además que la psicosis implicaba un inevitable declive a la demencia con pérdida de la capacidad cognitiva¹¹⁷.

A lo largo de su trayectoria, Kraepelin planteó diversas causas etiológicas para la demencia precoz. En la quinta edición de su obra *Compendium der Psychiatrie*—su trabajo más reconocido, al que dio continuidad y amplió durante treinta años— explicó que estas patologías estaban causadas por afecciones metabólicas; y en la sexta edición indicó que probablemente se tratara de una enfermedad mental localizable. En ediciones posteriores indicó que se trataba de una autointoxicación relacionada con lo que ocurría en los órganos sexuales vinculado con la aparición de la pubertad, los trastornos menstruales y el parto y, por otro lado, señaló la ausencia de la causa exterior. De todos modos, a falta de conocimiento riguroso, dejó la etiología para futuros investigadores¹¹⁸.

Bajo el rótulo de *procesos de deterioro* Kraepelin reunió, en la quinta edición de su *Compendium*, demencia precoz, catatonia y demencia paranoide¹¹⁹. En la sexta edición del *Compendium* (1899), hebefrenia, catatonia y demencia

¹¹⁶ Novella y Huertas (2010), p. 207.

¹¹⁷ Makari, G. (2012), *Revolución en mente. La creación del psicoanálisis*, México, Sexto Piso, pp. 244-275.

¹¹⁸ Álvarez (2008), p. 245.

¹¹⁹ Novella y Huertas (2010), p. 207.

paranoide fueron reunidas bajo la categoría “demencia precoz”. Kraepelin entendió que esta combinación conformaba una enfermedad autónoma, similar a la psicosis única, que presentaba formas clínicas más o menos independientes¹²⁰. La hebefrenia había sido descripta por Ewald Hecker, y la catatonia, por Karl L. Kahlbaum en 1874, como enfermedad del cerebro, de curso cíclico y variable, en cuyo transcurso se sucede una sintomatología psíquica que presenta paulatinamente melancolía, manía, estupor, confusión y demencia¹²¹.

Eugene Bleuler (1857-1939), sostenía que el “pesimismo” kraepeliano que describía que los cuadros devenían en demencia era incorrecto, que algunos pacientes no eran dementes. Así, a partir de sus observaciones, pudo concluir que algunos síntomas eran reacciones psicológicas y que no se podían reducir únicamente a los procesos orgánicos la enfermedad mental¹²². Este médico nacido en las afueras de Zurich, en 1885 se convirtió en asistente de Auguste-Henri Forel en el Hospital Burgholzi –Hospital Psiquiátrico de la Universidad de Zúrich– del que luego fue director. Ahí convivió con pacientes con psicosis y llegó a estas conclusiones.

Para definir la esquizofrenia, Bleuler describió los síntomas más importantes de esta psicosis pero, dado que algunos no eran observables directamente, incluyó una perspectiva psicopatológica, o sea, interpretativa, más allá de lo netamente observable del caso kraepeliniano. Es decir, Kraepelin buscaba construir verdaderas enfermedades mentales recurriendo para ello a sobrevalorar los aspectos que mostraban los indicios de mayor deterioro del cuadro, con el consiguiente riesgo de establecer una nosografía artificiosa. Bleuler pretendió, apoyándose en la hermenéutica, interpretar los sustratos que se encontraban bajo los síntomas accesorios, a los que llamó síntomas fundamentales¹²³. Como nos explica el autor George Makari, Eugen Bleuler junto con otros psiquiatras de su época, no creían en la investigación anatómica para entender la clínica y tratar la enfermedad. Por esto, se orientó a

¹²⁰ Álvarez (2008), p. 253-255.

¹²¹ Álvarez (2008), 251.

¹²² Makari (2012), pp. 243-245.

¹²³ Álvarez (2008), p. 303.

una psicología científica, experimental, con base en medidas cuantificables, para poder luego centrarse en los estados subjetivos internos¹²⁴.

En la publicación *Dementia praecox, o el grupo de las esquizofrenias*, de 1911, Eugen Bleuler presentó su concepto de esquizofrenia. Allí explicaba que su aporte estaba pensado desde la aplicación de las ideas de Freud a la demencia precoz de Kraepelin. Bleuler señalaba que el psicótico caía en un estado positivo o negativo disociado. Por eso lo llamó esquizofrenia, expresión derivada del griego que significa “mente escindida”. Según Bleuler, si el negativismo psicótico no se debía a la degeneración del cerebro sino a la escisión de los afectos, sería posible utilizar tratamientos psicológicos para mejorarlo. En todos los casos estaba presente el *spaltung* o escisión, síntoma del que hablaba Bleuler y que reemplazó a los términos demencia y precocidad de Kraepelin. La esquizofrenia se caracterizaba entonces, por un tipo específico de alteración del pensamiento, de los sentimientos y de la relación del individuo con el mundo exterior.

4.4-Ejes temáticos de los artículos sobre demencia precoz y esquizofrenia

4.4.1- Estructura de los ejes

Para todo el arco temporal que investigamos, fue posible hallar una gran continuidad temática en los artículos, con las mismas “grandes problemáticas” que se repiten a lo largo de las décadas. En este apartado mostraremos cómo las temáticas en discusión y los debates que se presentaban en los artículos científicos de las revistas argentinas retomaban lo que acontecía en Europa y por lo general lo sostenían en el tiempo aunque estos debates se hubieran modificado o perdieran vigencia en el viejo continente. A pesar de esta continuidad, nos proponemos realizar una historización de las producciones sobre estas patologías, por lo tanto dividimos el trabajo en cuatro ejes para deducir, qué lecturas fueron influenciando a los médicos en este período, qué producciones surgieron de estas lecturas y en qué contexto de ideas. Sin embargo, las fronteras entre períodos son permeables y es preciso comprender la superposición de temas en ocasiones entre las preocupaciones de los psiquiatras.

¹²⁴ Makari (2012), p. 248.

Como primer eje ubicamos la anatomopatología de la demencia precoz, que fue un tema de investigación ya en la década de 1910 en este país. En segundo lugar y como punto más fuerte, el debate entre el uso del concepto de demencia precoz de Emil Kraepelin y el de esquizofrenia de Eugene Bleuler, que fue uno de los ejes que estructuraron los artículos durante este tiempo a partir de la década de 1920, y se prolongó hasta el final del período de nuestra investigación. La profundidad del debate, la defensa de una u otra nosología, la incorporación de otros autores en este problemática, son cuestiones que se fueron presentando con ciertas diferencias en las diversas décadas. En tercer lugar, los síntomas y rasgos de los enfermos de esquizofrenia, sus emociones, la existencia o no de lesiones cerebrales, sus pronósticos y tratamientos, las remisiones momentáneas y la aparente cura de muchos de ellos fueron todos temas que se destacaron en los artículos, particularmente desde 1950 hasta la década de 1970, y forman el tercer eje de este apartado.

Otras líneas temáticas que fueron relevantes, como las terapias aplicadas en cada momento histórico y la presencia o no de la teoría psicoanalítica en los escritos sobre esquizofrenia, serán tratadas como cuarto eje. La investigación sobre este punto también se relacionará con la práctica hospitalaria, pues, como analizaremos en el capítulo siguiente, encontramos en un hospital para pacientes crónicas el uso de terapias en boga a nivel mundial, -a pesar que éstas se utilizaban con un número muy acotado de pacientes-. De este modo, consideramos importante describir las propuestas teóricas que se plasmaban en las revistas referidas a las terapias para luego analizar en el próximo capítulo su aplicación en el hospital.

Antes de comenzar el desarrollo de los ejes, es necesario hacer una precisión vinculada a nuestro caso de estudio. No se encontraron artículos específicos sobre la esquizofrenia en mujeres; se encontraron expresiones de algunos autores (particularmente psicoanalistas) explicando que se estaba hablando de la esquizofrenia en hombres ya que la complejidad de la enfermedad en la mujer era aún mayor¹²⁵. Este dato nos permite suponer que no hubo una vasta producción teórica local acerca de la esquizofrenia en mujeres, ni una aparente preocupación de los autores argentinos por cómo se manifestaba este

¹²⁵ Véase por ejemplo Garma, Á. (1944), "La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 2, n° 1, pp. 16-82.

diagnóstico específicamente en esta población, ni por los resultados de las terapias aplicadas particularmente en ellas. Cuando se mencionaba alguna cuestión vinculada a las mujeres, por lo general los autores utilizaban casos clínicos de médicos extranjeros como referencia para explicar dicho fenómeno. Desde nuestra mirada actual sobre las patologías mentales en mujeres, las lecturas de los artículos médicos sobre estas temáticas, abre un signo de interrogación acerca del modo de tratar las pacientes del Esteves: a partir de qué ideas fueron diagnosticadas las pacientes en las historias clínicas, y de acuerdo con qué criterios se elegía su tratamiento en una institución dedicada a ellas. A partir de estas preguntas sostenemos como hipótesis que existían ideas generales respecto de la patología tanto en hombres como en mujeres, y que en las historias clínicas se agregaban rasgos propios de la anatomofisiología femenina (como ciclos menstruales, embarazos, menopausia) que acompañaban el cuadro mental; es decir que se acompañaba el diagnóstico con algunos rasgos femeninos pero que esto no influía en las medidas terapéuticas que se tomaban¹²⁶.

A partir de la falta de artículos referidos específicamente a mujeres, consideramos que en estos espacios pudo haber existido una especie de “silenciamiento” respecto de la locura en ellas, o que al menos, no se expresaba la necesidad de explicarla científicamente. En el espacio hospitalario en cambio, la convivencia con las “locas” era cotidiana e imposible de esquivar, por lo que de algún modo se debía diagnosticar y sostener sus tratamientos. Lo que surge como certeza de este dato es que no eran las mujeres como pacientes psiquiátricas la prioridad en las investigaciones científicas.

A continuación desarrollaremos los elementos teóricos más relevantes de cada uno de los cuatro ejes mencionados, con el fin de conocer el desarrollo teórico psiquiátrico a partir de un profundo análisis de los artículos y tesis seleccionadas.

¹²⁶ El análisis desde la perspectiva de género en la mirada de los médicos hacia las mujeres lo realizamos desde nuestra perspectiva del presente; claramente, el tema de género no aparecía como una cuestión relevante en los desarrollos teóricos entre los psiquiatras cuyos trabajos analizamos.

A- Primeros debates: la anatomía patológica

El primero de los ejes de investigación en relación con la demencia precoz fue la anatomopatología. Desde la mirada historiográfica, podemos ubicar esta temática en lo que se llamó el *modelo moderno de enfermedad* (entre finales del siglo XIX e inicios del XX), de acuerdo con el cual se consideraba la afección del tejido particular para delimitar una enfermedad. A partir del desarrollo de la anatomía patológica, se relacionó la patología con un órgano, lo que significó la entronización del cerebro. Mediante un método empírico, donde se edificaba un saber desde la construcción de una clasificación, fue posible para la medicina volverse científica.

Desde el siglo XVIII la neurología comenzó a tener influencia sobre la psiquiatría científica, con Albrecht von Haller y William Cullen como algunos de sus representantes. Ya para el siglo XIX, Paul Broca impulsó las teorías de localización cerebral. Los descubrimiento de Broca –afasia motriz-, de Theodor Meynert –las áreas de cerebro relacionadas con la función motriz se sitúan en las partes frontales del cerebro-, y otro como John Hughlings Jackson y Eduard Hitzig, establecían una teoría de la localización cerebral. En este contexto surgió Carl Wernicke (1848-1905) nacido en Silesia. Este autor buscó establecer una relación entre los síntomas psicopatológicos y la patología cerebral. Consideraba que si se podían localizar estados afásicos en los que no existiesen lesiones cerebrales del tipo descrito por Broca, esto significaba que debía existir un segundo tipo de localización. Como explican Berrios y Porter, el logro de Wernicke fue triple: reconoció que la región que describió Broca no era el único centro del lenguaje, llamó imagen sonora a las fibras nerviosas ubicadas en el centro auditivo secundario y notó que la localización descrita por Broca sólo actuaba como centro motriz del lenguaje¹²⁷. Consideraba también que los trastornos patológicos del sistema nervioso central, se producían por interrupciones –sejunciones las llamó- en la continuidad de las vías de asociación. La localización del proceso de sejunción determinaba los

¹²⁷ Berrios, G. y Porter, R. (eds.) (2012), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, pp. 353-355.

síntomas¹²⁸. Wernicke creía que todavía no se debía diferenciar entre las distintas enfermedades psiquiátricas, por lo que era un adversario de Emil Kraepelin. Para él, los descubrimientos neurológicos debían servir para realizar una clasificación según su ubicación. A partir de los aportes de este médico, el emplazamiento se convirtió en un principio esencial de la psiquiatría¹²⁹.

En Argentina, el positivismo se extendió a diversos campos del pensamiento, por lo que el acercamiento de los psiquiatras a este tipo de postura teórica, nos parece lógico, como una búsqueda de la “verdad” bajo un rigor científico¹³⁰. Desde este modelo se buscaba delimitar en un paciente la presencia de ciertos elementos pertenecientes a la semiología psiquiátrica, y no se buscaba conocerlo en cuanto sujeto¹³¹. Tanto en los textos que encontramos en las revistas científicas argentinas, como en las historias clínicas de pacientes crónicas en el Hospital Esteves, nos topamos con un vínculo de los psiquiatras con los signos clínicos de los enfermos mentales más que con los mismos sujetos. Esto destaca –dejando de lado todo juicio de valor sobre los vínculos humanos en las prácticas médicas– que los psiquiatras se habrían posicionado desde una perspectiva del *concepto moderno de enfermedad*, según el cual la patología debía ser entendida como un objeto de estudio independiente del sujeto enfermo.

Esta corriente médica de investigación, que llega a la Argentina entre las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, se ubica en las filas del materialismo. Según Jorge Saurí –uno de los autores clásicos de la historia de la psiquiatría en Argentina–, el pensamiento psiquiátrico se hizo materialista impulsado por el positivismo básico; para esto fue preciso penetrar en el cuerpo técnicamente y de este modo respaldar el conocimiento. Con estos fines se

¹²⁸ Berrios y Porter (2012), p. 358.

¹²⁹ Berrios y Porter (2012), p. 360.

¹³⁰ Lantéri-Laura nos explica que se planteaba una genealogía a partir de los trabajos de T. Sydenham, quien le dio valor a la mirada objetiva y cuidadosa de los pacientes, y así abandonó teorías generales de la medicina. El autor francés comenta que en este período se pasó de la anatomía patológica a la histopatología; entendemos esto como un pasaje desde la mirada del órgano en su totalidad, a una afección en un tejido particular para delimitar una enfermedad. La ruptura de este paradigma quedó claramente plasmada en 1911 con la formulación del concepto de esquizofrenia por parte de Bleuler. Lantéri-Laura, G. (2000), *Ensayo sobre la historia de los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Tricastela, pp. 137-139.

¹³¹ Lantéri-Laura, G. (2000), p. 173.

utilizó la anatomopatología, claro está, era sólo posible con los pacientes post-mortem. Lo que se pretendía era estudiar en un segundo momento el acierto o el error de aquello realizado por la psiquiatría positivista mientras el paciente tenía vida, por ejemplo a través del interrogatorio. Además éste era un modo de argumentar materialmente la unidad nosológica a la que se había llegado¹³².

La historia de la psiquiatría argentina basó sus trabajos sobre esta temática en la figura del médico alemán Cristofredo Jacob (1866-1956)¹³³. El gobierno argentino por medio del Doctor Domingo Cabred lo contrató a través del Ministerio de Relaciones Exteriores para hacerse cargo del Laboratorio de Clínica Psiquiátrica y Neurológica del Hospicio de las Mercedes durante la presidencia de Julio Roca. Para facilitar su trabajo construyeron un laboratorio que era una réplica exacta del laboratorio de anatomía patológica en el que trabajaba en Alemania. Su labor fue fundamental y cimentó la escuela neurobiológica argentina dejando importantes discípulos. También trabajó en el Hospital Nacional de Alienadas y dictó clases en la cátedra de Neurología de Ramos Mejía (desde 1901). Fue el primer profesor titular de Biología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires y en la Universidad de La Plata dictó Anatomía Patológica y Biología y Sistema Nervioso.

Realizó muchos trabajos de anatomía comparada, solía realizar excursiones a distintos puntos del país para conseguir cerebros de la fauna argentina. Sus obras comprenden unos 20 libros y 180 artículos científicos. Además, a partir de la presencia de Jacob, las concepciones de la escuela alemana de neuropsiquiatría que se inscribían en el pensamiento de Carl Wernicke se instalaron en Argentina¹³⁴.

¹³² Saurí, J. (1996), *Historia de las idas psiquiátricas. El naturalismo psiquiátrico*, Buenos Aires: Lohlé-Lumen, pp. 115-121.

¹³³ Como explica Carlos Stagnaro, la historia clásica de la psiquiatría en nuestro país hizo hincapié en los trabajos sobre los personajes importantes dentro del campo, aquellos que fueron marcando épocas y llevaron a cabo hitos importantes en el devenir de la profesión. Stagnaro, J. C. (2006b), "Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, n° VI, pp. 7-39.

¹³⁴ Stagnaro (2006b). Para más sobre la figura de Jacob y el desarrollo de la anatomía patológica en Argentina véase Guerrino, A. A. (1982), *La psiquiatría argentina*, Buenos Aires, Ediciones Cuatro; Loudet, O. y Loudet, O. (hijo) (1971), *Historia de la psiquiatría argentina*, Buenos Aires, Troquel. Para una biografía completa de Jacob véanse los textos de dos de sus discípulos, López Pasquali, L. (1965),

Uno de sus discípulos fue José Tiburcio Borda (1869-1936), quien fuera titular de la cátedra de Clínica Psiquiátrica entre 1922 y 1930 y, a partir de ese año, miembro Titular de la Academia de Medicina, había entrado a trabajar en el Hospicio de las Mercedes en 1895. Dicha institución lleva su nombre desde 1967. Sus trabajos de investigación en anatomía patológica le dieron un reconocimiento internacional. Borda fue uno de los personajes destacados que escribieron sobre esta temática, e integró a su experiencia clínica las teorías de Valentin Magnan, Emmanuel Regis y Emil Kraepelin.

En un texto de 1912, sostenía Borda que este tipo de investigación anatomopatológica había empezado luego de la creación del concepto de demencia precoz por parte de Kraepelin, así ubicaba en 1904 el comienzo de los trabajos sobre este tema. El autor explicaba que los tipos de alteraciones observadas fueron procesos crónicos de atrofia y de esclerosis del cuerpo de la célula¹³⁵. A partir de la descripción de alrededor de nueve casos de investigaciones propias, Borda se refería a algunas cuestiones generales de la teoría krepeliniana. Entre ellas señalaba que, aunque no existía una sola lesión que fuera característica de la demencia precoz, todas las lesiones halladas aparecían también en otros procesos patológicos, como el alcoholismo y la parálisis general progresiva (PGP); mientras que desde la perspectiva de la anatomopatología se podía diferenciar, en la mayoría de los casos, la demencia precoz. Borda indicaba, a partir de los trabajos realizados sobre cerebros, que en la demencia precoz las lesiones se localizaban en las células nerviosas y en el tejido vasculoconjuntivo; de este modo, era posible hacer un diagnóstico, por lo menos en casos avanzados. En los cuadros incipientes no se había podido realizar por el simple hecho de que los pacientes no se habían muerto aún¹³⁶. La capacidad de trabajar únicamente sobre los cuerpos sin vida, mostraba la falta de relación entre estas investigaciones y el proceder hospitalario, y por lo tanto una limitación del trabajo en este campo.

Chrifried Jacob, su obra neurológica, su pensamiento psicológico y filosófico, Buenos Aires, López; Orlando, J. C. (1996), *Chritofredo Jacob, su vida y obra (1866-1946)*, Buenos Aires, Mundi.

¹³⁵ Borda, T. (1912), Extracto de la *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, n° XX, pp. 107 y ss. "Lesiones celulares de la corteza cerebral en la demencia precoz",

¹³⁶ Borda (1912).

A partir de las lecturas que realizaba y de sus propias investigaciones, el autor llegó a diversas conclusiones: en la demencia precoz avanzada existían lesiones celulares constantes; según diversos científicos, el proceso patológico se hallaba localizado en las células nerviosas y en la neuroglia; las lesiones corticales eran generalizadas y revestían un carácter crónico; y por último, por el conjunto de ellas se podía diferenciar -a partir de la anatomopatología- la demencia precoz de otras afecciones con lesiones similares¹³⁷.

Por otra parte, la presencia de investigaciones de tesis doctorales referidas a estas temáticas permite inferir que la problemática de la anatomía patológica preocupaba tanto a los médicos reconocidos que ocupaban espacios importantes dentro de la universidad y de los hospitales, como a médicos que estaban en proceso de formación y que podían hacer ciertas experiencias de observación en los hospitales. En muchos casos, las tesis eran elaboradas a partir de observaciones y experimentaciones realizadas en pabellones de diversos hospitales que se encontraban a cargo del padrino de tesis correspondiente. Más adelante retomaremos esta cuestión¹³⁸. Sólo a modo de ejemplo, uno de estos trabajos fue el de Pedro Vignau, que se preocupaba por este mismo aspecto de la demencia precoz (la anatomopatología). En este caso particular, se comentaba que el autor de la tesis reconocía la dificultad de definir la demencia precoz, el número de formas clínicas y la delimitación de ellas. Algunas conclusiones de la investigación decían que las alteraciones se producían tanto en los centros de proyección como de asociación, que la lesión se localizaba especialmente en el núcleo de la célula y que la desaparición definitiva de las células explicaba la incurabilidad de la afección¹³⁹.

Otro referente en este campo fue Lisandro Galíndez (1893-1980). Este médico catamarqueño fue profesor adjunto de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, y anatomopatólogo del Hospital Melchor Romero, del que posteriormente fue director (1940-1943). Durante su dirección –posterior al artículo que nos referimos en esta

¹³⁷ Borda (1912).

¹³⁸ A modo de ejemplo véase Tamburini, P. J. (1919), Tesis: “La demencia precoz”; Deco, P. (1922) Tesis, “Demencia Precoz”. Universidad Nacional de Buenos Aires.

¹³⁹ “Carlos P Waldorp hace un comentario de la tesis de Dr. Pedro Vignau de 1917 Demencia precoz”, *Revista de Criminología Psiquiatría y Medicina Legal* (1918), Vol. V 246-247.

oportunidad– organizó el Servicio de Anatomía Patológica, que es otro indicio de su interés por el campo. Este médico manifestaba que, para quienes se dedicaban a su disciplina, la falta de claridad nosográfica y la disparidad de criterio entre los clínicos determinaban graves inconvenientes para la investigación, ya que si se consideraba a la demencia precoz de un modo más limitado o más extenso, se generaba una anatomopatología más uniforme o variada¹⁴⁰.

Explicaba Galíndez, que una de las dificultades de este trabajo eran las lesiones secundarias provocadas por las enfermedades intercurrentes, como estado agónico, arterioesclerosis, senilidad, etc. Sostenía que la demencia precoz era una enfermedad endógena que no podía ser provocada por una enfermedad exógena. Revelaba que había suficiente argumento para sostener la naturaleza orgánica de la demencia precoz, pero que no era posible delimitar el proceso y erigirlo en una entidad anatomopatológica; por esto, esperaba que con el advenimiento de técnicas más delicadas se llegase a dominar el problema¹⁴¹. En esta última expresión, percibimos la aceptación de las limitaciones en las investigaciones en este campo y “la fe” en el avance de la ciencia para poder comprender ciertos fenómenos.

Los derroteros de ambos autores, Borda y Galíndez, dan cuenta de sus intereses sobre este campo del trabajo psiquiátrico y muestran sus escritos en las revistas como parte de su intervención en la disciplina, intervención que se ampliaba con el trabajo en el hospital y la docencia universitaria. Consideramos también que las tesis doctorales referidas a esta temática posicionaba a esta línea de investigación entre los objetos de estudio más destacados de las primeras décadas del siglo XX en la psiquiátrica.

Como mencionamos con anterioridad, la investigación anatomopatológica implicaba un trabajo a posteriori con los pacientes psiquiátricos, ya que significaba trabajar con sus cuerpos luego de fallecidos. A este punto se suma, como se explica desde los textos europeos, que los criterios anatomopatológicos no daban las respuestas esperadas, entonces se apostó

¹⁴⁰ Galíndez, L. (1937), “El problema anátomo-patológico de la demencia precoz”, *Psiquiatría y Criminología*, n° II, pp. 633-638.

¹⁴¹ Galíndez (1937).

en el viejo continente por investigar el curso de la enfermedad¹⁴². Aunque los autores locales no lo manifestaron de modo explícito, también es posible percibir cómo la cuestión anatomopatológica fue mermando en las producciones teóricas con el avance del siglo.

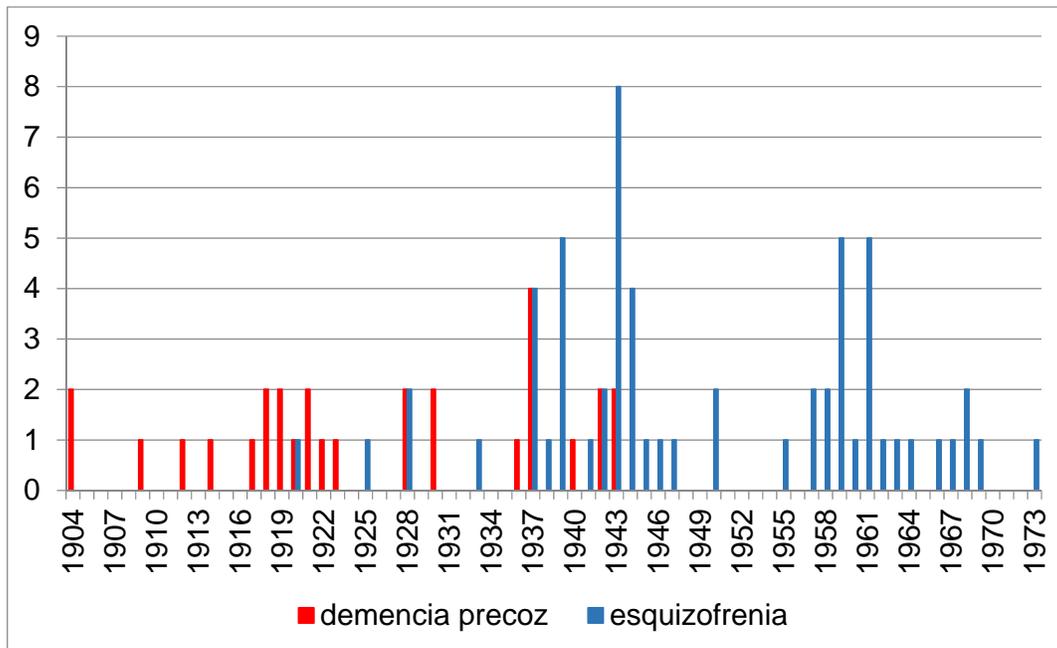
B- Otras discusiones: el debate entre el diagnóstico de demencia precoz y esquizofrenia

El período 1920-1939 fue el momento en el que se superpuso la producción de artículos sobre demencia precoz y esquizofrenia. En ellos se debatía tanto acerca de la descripción de los diagnósticos como sobre su denominación. Una de las discusiones más destacadas fue si era un cambio en la denominación o si se trataba de patologías diferentes. Esta dificultad para denominar se trasladó al trabajo clínico, ya que en el hospital de Lomas de Zamora encontramos el uso de ambos diagnósticos en un mismo lapso de tiempo.

Estas características se manifiestan en los gráficos número 9 y 10, donde por una parte se puede ver que el momento de mayor producción teórica sobre estas patologías coincide con la mayor cantidad de pacientes diagnosticadas como dementes precoces y esquizofrénicas. Por otra parte los gráficos muestran textos escritos sobre ambas patologías y el diagnóstico de las mismas en el mismo período entre las décadas de 1920 y 1940. Es decir en este período, los médicos diagnosticaron con ambas nosologías y también escribieron sobre ellas. Además, encontramos en el campo clínico quince casos de pacientes que recibieron los dos diagnósticos (ya sea que las diagnosticaron con ambas patologías o que cambiaron su cuadro de demencia precoz a esquizofrenia) y nueve artículos que referencian en sus títulos a los dos cuadros nosológicos. Otro dato que nos brindan los gráficos es la presencia para 1911 de una primera paciente diagnosticada de esquizofrenia, pero de modo más sistemático esta nosología se ubica desde 1924. Por su parte la demencia precoz se diagnosticó hasta 1949. En lo que a la producción de artículos refiere, ubicamos un primer artículo sobre esquizofrenia en 1929 y un último artículo sobre demencia precoz en 1943.

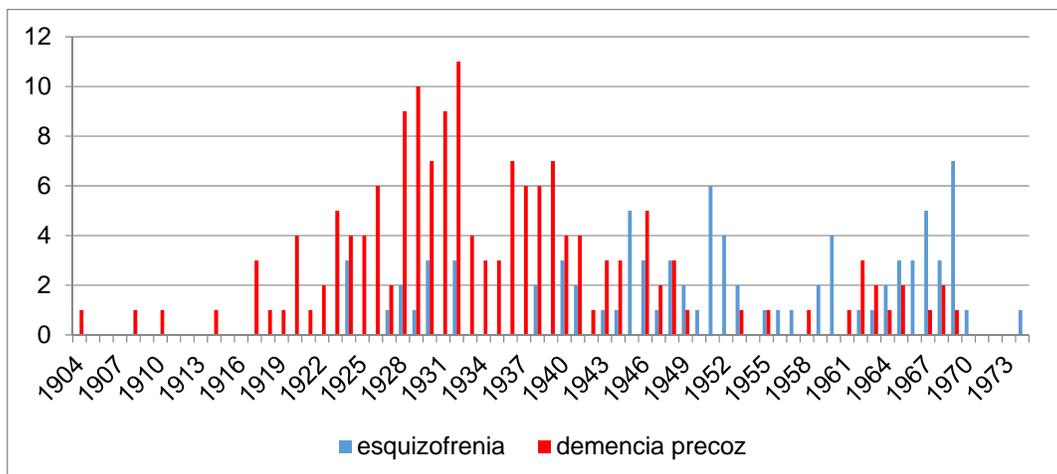
¹⁴² Álvarez (2008), p. 75.

Gráfico N° 9: Distribución en el tiempo de los artículos publicados sobre esquizofrenia y demencia precoz



Fuente: Revistas médicas nacionales consultadas sobre artículos de psicosis. Archivo de la Facultad de Medicina de la UBA y Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Gráfico N° 10: Diagnósticos de esquizofrenia y demencia precoz realizados en el Hospital Esteves



Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

Para ubicar el debate sobre estos diagnósticos en las fuentes del ámbito local, nos referiremos, como pioneros en la disciplina, en primer lugar, a los médicos Nerio Rojas y José Belbey, quienes plantearon estos términos a principios de la década de 1920. Sus colegas –tanto argentinos como de otros países sudamericanos (Bolivia, por ejemplo)– los mencionaban como referentes en la teorización de estas temáticas. Éstos adscribían a las ideas de Henri Claude, quien sostuvo que la demencia precoz era una entidad mórbida, con base en un estado demencial incurable; y que en cambio, la esquizofrenia era una afección sin demencia, más funcional que lesional¹⁴³. Rojas y Belbey tenían una postura cercana a la de Claude en relación con la demencia precoz y la esquizofrenia, ya que sostenían que, al tratarse de entidades distintas, agrupadas artificialmente, se dificultaba adjudicarles una etiología única¹⁴⁴.

Ambos autores fueron importantes médicos legistas de nuestro país. En primer lugar, Nerio Rojas (1890-1971) fue un médico de la provincia de Santiago del Estero formado en Buenos Aires. Hizo parte de su formación en medicina legal en París, y en ambos países su formación más importante fue en medicina forense. Fue profesor titular de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la UBA entre 1924 y 1946. Algunas de las instituciones de las que formó parte y fundó fueron la Sociedad de Medicina Legal y los Archivos de Medicina Legal, así como también fue parte de la Academia Nacional de Medicina¹⁴⁵. Nerio Rojas tuvo la oportunidad de conocer a Freud en Viena en 1930, y contó sobre su encuentro en un artículo publicado en el Diario *La Nación*¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Rojas, N. et al. (1936), “Chock emotivo en el origen de la demencia precoz”, *Psicoterapia* n° 1, pp. 20-30. En este texto, los autores mencionan trabajos anteriores realizados por ellos mismos durante la década de 1920. De ellos recogimos los datos que utilizamos para este trabajo.

¹⁴⁵ Sobre Nerio Rojas véase Rojas, Nerio <http://divulgacion.famaf.unc.edu.ar/?q=ameghino/rojas-nerio> (20/06/2014).

¹⁴⁶ Los autores Vezzetti y Dagfal expresan que en esta nota Rojas destacaba su conversación con Sigmund Freud en la que el primero le había comentado sobre los puntos de coincidencia que encontraba entre la obra del filósofo francés Henri-Louis Bergson (evolucionista) y Freud, y el desacuerdo que manifestó el médico vienés. Al respecto, véase Alejandro Dagfal http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Dagfal_Pensamiento_frances_en_Argentina.htm (19/06/2014).

En segundo lugar, oriundo de la ciudad de Paraná -Entre Ríos- José Belbey (1894-1960) se especializó en Psiquiatría y Medicina Legal, y en 1927 obtuvo el título de médico legista. Fue profesor en distintos momentos de su vida en la cátedra de Medicina Legal del Dr. Nerio Rojas. También trabajó como profesor titular de la cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica de la Universidad Nacional de La Plata. Participó y fundó diversas instituciones, como la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología dependiente de la Asociación Médica Argentina, fue presidente de esta última entre 1958 y 1960, y creó los Archivos de Medicina Legal, donde se desempeñó como codirector. Discípulo de José Ingenieros, Belbey se ubicó dentro de la línea del positivismo biológico en la criminología¹⁴⁷. La cercanía de estos autores a las ideas de la criminología lombrosiana desarrolladas en el país, permite comprender su reiterado uso de las ideas de “hereditario” y “degenerativo”. Aunque nuestro objeto de estudio específico sea la psicosis, y aun cuando las descripciones que los autores realizaron al respecto fueron netamente “técnicas” y no desarrollaron concepciones específicas sobre aspectos criminológicos, podemos leer, en algunas de sus teorizaciones, rasgos de estas teorías.

Entendemos entonces que dos de los médicos que se destacaron en el ámbito local por introducir los diagnósticos en cuestión, se basaron en un autor francés –Claude-, y partían de una mirada heredo-degeneracionista en su trabajo como psiquiatras (particularmente, en cuestiones vinculadas a la criminología y la medicina legal). Claramente, el uso de estas nosologías no significaba lo mismo para todos los médicos y eso quedó plasmado en la elaboración de estos artículos.

Otro autor que publicó en este período fue el doctor Fernando Gorriti (1876-1970), quien era subdirector de la Colonia Nacional de Alienados “Dr. Domingo Cabred”, donde practicaba clínica psicoanalítica; Hugo Vezzetti ubica su práctica como el primer psicoanálisis clínico que se conozca en Buenos

¹⁴⁷ Sobre José Belbey véase “El positivismo biológico en ‘La sociedad y el delito’ (1947) de José Belbey”, <http://www.monografias.com/trabajos39/positivismo-biologico/positivismo-biologico2.shtml> (21/06/2014). Hugo Vezzetti también destaca el punto que Rojas planteara a Freud respecto de que el psicoanálisis descuidaba los factores constitucionales. Vezzetti, H. (1996a), *Aventuras de Freud en el país de los argentinos*, Buenos Aires, Paidós.

Aires¹⁴⁸. Mauro Vallejo describe al doctor Gorriti como uno de los médicos que realizaban mixturas entre conceptos psicoanalíticos y heredo-degenerativos en sus producciones teóricas al igual que lo realizaba el mismo Freud¹⁴⁹. Gorriti fue también uno de los impulsores de la Liga Argentina de Higiene Mental y formó parte de la Liga de Higiene de París. En sus trabajos sobre esquizofrenia se percibe un gran conocimiento del estado de la cuestión referido a estos temas a nivel internacional. Es claro que Gorriti, al igual que otros autores, por lo general no buscaba tomar posición en relación con las nominaciones de los diagnósticos; probablemente describir este saber internacional mostraba “seriedad” en sus trabajos.

Gorriti, al igual que sus colegas para este período y en relación con esta temática, no hacía prácticamente mención a casos clínicos: las investigaciones quedaban mayormente en el nivel teórico. Se explicaban los desarrollos teóricos de Bleuler, y se llegaba a ciertas ideas generales, como que la demencia precoz de Kraepelin estudiaba la máscara inanimada de la enfermedad, mientras que la esquizofrenia de Bleuler observaba la personalidad nosográfica en toda la plenitud funcional de su vida interna y externa¹⁵⁰. Inferimos de estas declaraciones que Gorriti se refería a la importancia que le había dado Bleuler a la psicología en el desarrollo de la esquizofrenia y en la aparición de sus síntomas secundarios, lo que es coherente con la cercanía que tenía el médico argentino con la teoría psicoanalítica.

Para Gorriti, era preciso mantener el concepto de demencia precoz hasta que se lograra avanzar con la ciencia y se entendiera la nosología con mayor exactitud. Para él, los casos de errores de diagnóstico o los de demencia precoz que se curaban eran simples confusiones mentales de origen tóxico o infeccioso o algunas formas confusionales o delirantes de las denominadas psicosis de los degenerados. El autor sostenía que el concepto bleuleriano había permitido un gran progreso en la psiquiatría y había abierto las puertas

¹⁴⁸ Vezzetti (1996a), p. 34.

¹⁴⁹ Vallejo, M. (2007), “Referencias a la teoría de la degeneración en los primeros escritos del psicoanálisis argentino (1910-1940)”, *Revista Investigaciones en Psicología*, Vol. 12, n° 1, pp. 121-131.

¹⁵⁰ Gorriti, F. (1928), “Esquizofrenia y demencia precoz”, *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Vol. II, n° 10, pp. 318-337.

para investigaciones que, en definitiva, eran para el bien de los pacientes¹⁵¹. Con estas últimas ideas se nos plantea un escenario de “saludo a la bandera” a los grandes referentes europeos: es decir, el autor destacaba la importancia de ambos conceptos sin definirse por uno u otro. Además quedó manifestado la necesidad de trabajar con las nociones que se tenían hasta el momento, en la espera de un desarrollo mayor de las ideas psiquiátricas. Consideramos que en la producción de estos autores se manifiestan las limitaciones teóricas de la disciplina hasta ese momento, y la lógica interna de la psiquiatría, puesto que, en tanto saber dinámico y en permanente proceso de cambio, se creía que su desarrollo podría cambiar las ideas sobre ciertos diagnósticos. Por último, resulta relevante destacar la mención que hacía el autor respecto de Sigmund Freud. Por un lado, hacía un paralelismo al decir que la situación de Bleuler con la esquizofrenia era como la de Freud con el psicoanálisis: sus seguidores y críticos decían tantas cosas en su nombre, que terminaban por alejarse de la idea original, lo cual al mismo tiempo evidencia la amplia divulgación que tuvieron las ideas freudianas tanto en el ámbito médico como en espacios legos¹⁵². Por otra parte, Gorriti señalaba que Bleuler se había apoyado mucho en las ideas de Freud para generar su teoría y también que usaba su terapia para tratar ciertos cuadros de esquizofrenia¹⁵³. En estas referencias realizadas por Gorriti podemos percibir una intención de incorporar la figura de Sigmund Freud como uno de los nombres destacados en el campo de la psicosis y de acentuar sus influencias en el desarrollo teórico del diagnóstico de la esquizofrenia.

Dentro de esta misma discusión, y con una mirada contraria a la que sostenía Gorriti, se encontraba Arturo Ameghino (1869-1948), a quien ya mencionamos en el capítulo anterior. Nacido en La Plata, estudió Farmacia primero y luego Medicina; realizó parte de su formación en Francia y fue un destacado

¹⁵¹ Gorriti (1928), pp. 318-337.

¹⁵² Sobre el desarrollo del freudismo en Argentina, véase Balán, J. (1991), *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*, Buenos Aires, Planeta; Dagfal, A. (2009), *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*, Buenos Aires, Paidós; Plotkin, M. (2003), *Freud en las pampas*, Buenos Aires, Sudamericana; Plotkin, M. (ed.) (2003), *Argentina on the couch: Psychiatry, State and Society, 1880 to the present*, Albuquerque, University of New Mexico Press; Vezzetti, H. (1996a); (1996b) *Freud en Buenos Aires 1910-1939*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes, edición ampliada.

¹⁵³ Gorriti (1928), pp. 318-337.

semiólogo y médico legista. Trabajó en primer lugar en la cátedra de Neurología y luego, para 1917, fue nombrado jefe de sección Psicología Experimental del Laboratorio de la Cátedra de Psiquiatría de Buenos Aires. En un artículo de 1922, se distinguió del resto de los autores por la posición crítica que adoptó frente al diagnóstico de demencia precoz de Kraepelin. Ameghino periodizaba la creación del concepto por Kraepelin en 1893 y lo identificaba como un grupo de afecciones caracterizadas por su común terminación en estados de debilidad mental. Explicaba que, para su creador, se trataba de estados demenciales que comenzaban con sintomatología demencial definida, es decir, estados demenciales primitivos. También señalaba que Kraepelin la consideraba como una patología de carácter endógeno con alteraciones de la corteza cerebral, y que estas conclusiones se contradecían en aquellos casos que no llegaban a demencia. Esto era planteado por Ameghino como el problema que generaba que el “grupo Kraepelin” sólo compartiera ideas sobre los síntomas, por lo que sostenía que, frente a las tantas razones que se desconocían en la psiquiatría, hubiera sido mejor respetar las clasificaciones existentes hasta que hubiera una relación con los vínculos esenciales antes que proceder con el grupo denominado como demencia precoz¹⁵⁴.

Ameghino criticaba de Kraepelin que éste hubiera hecho una síntesis prematura cuando recién se estaban llevando a cabo investigaciones sobre las patologías. Expresaba que el concepto unicista utilizado era pernicioso porque a partir de él se había realizado una unificación de casos que podrían haber sido investigados en profundidad y porque, según él, se detuvo así toda tentativa de terapéutica racional. Destacaba también cómo esa doctrina, que se impuso sin mayores resistencias, tuvo la eficacia de aunar o refundir muchas opiniones indecisas, y esto amplió las doctrinas preexistentes¹⁵⁵. Continuando con esta postura, sobre la teoría de Bleuler, Ameghino sostenía que la esquizofrenia era una demencia precoz extendida padecida por sujetos específicamente predispuestos, afectados a la dislocación psíquica. Éstos, de

¹⁵⁴ Ameghino, A. (1922), “Concepto de demencia precoz”, *Revista de Criminología Psiquiatría y Medicina Legal*, n° IX, pp. 520-541.

¹⁵⁵ Ameghino (1922), pp. 520-541.

acuerdo con determinadas pruebas psicológicas a las que eran sometidos, eran incurables aunque en ocasiones parecieran curados¹⁵⁶.

Estas críticas realizadas por el autor formaban parte de las observaciones que ya se les habían hecho a Kraepelin y Bleuler en el viejo continente y es muy probable –aunque no lo exprese en el texto– que este autor haya leído acerca de las limitaciones de la concepción de la demencia precoz y esquizofrenia en bibliografía francesa o alemana. Es decir que no sólo llegaron los diagnósticos europeos a nuestro país, sino también los debates que tenían lugar allí y las críticas a estas teorías. De todos modos, su posición crítica se correspondía con su profundo trabajo en semiología, por lo que podemos inferir que los médicos argentinos tomaban aquellos autores, ideas y debates según sus propios derroteros clínicos, su formación y sus elecciones teóricas, a pesar de no exteriorizarlo en sus escritos. Además, de la postura de Ameghino destacamos que se diferencia de la presentada en otros autores que encontramos, ya que esboza una crítica clara acerca de los problemas que el diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia traían aparejados.

Por otro lado, uno de los autores más relevantes para este período fue Gonzalo Bosch (1885-1967), pionero de la Higiene Mental en Argentina junto con Arturo Ameghino. Bosch participó de la Liga Argentina de Higiene Mental (LAHM), fue profesor titular de la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Rosario entre 1922 y 1930, y profesor titular de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1943. En cuanto a su trabajo hospitalario, fue director del Hospicio Nacional entre 1931 y 1947. Como explica Ana María Talak, a partir de las propuestas de LAHM podemos percibir que este médico consideraba necesario hacer más eficaz y selectiva la entrada al hospicio. Bosch, al igual que Ameghino y tantos otros, se ubicaba en la tradición psiquiátrica que sostenía las ideas de la tradición y de la degeneración, por lo que las reformas en nuestro país tuvieron un perfil diferente que en otras naciones. Este médico fue también parte del comité de dirección de los Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social¹⁵⁷. Durante la década de 1910 ya había realizado un viaje por algunos países

¹⁵⁶ Ameghino (1922), pp. 520-541.

¹⁵⁷ Talak (2005).

europeos (Alemania, Austria y Francia), lo que permite pensar en un personaje con un conocimiento de la psiquiatría europea.

En uno de sus artículos, “Esquizofrenia”, publicado en 1937, Bosch mencionaba la relevancia de la demencia precoz y la esquizofrenia entre los pacientes del hospicio, es decir, lo articulaba con el campo clínico¹⁵⁸. Al mismo tiempo realizaba un recorrido teórico e indicaba que la complicación en el planteamiento del problema interpretativo de la esquizofrenia llevó a diversos conceptos, entre los que mencionaba el relajamiento general de las asociaciones con dislocación final de la personalidad en Bleuler y la “orquesta sin jefe” de Kraepelin¹⁵⁹. A partir de esta caracterización, Bosch pasaba por diversos autores europeos que trataron distintos perfiles dentro de la esquizofrenia para luego concluir que no debía ser entendida como una entidad morbosa, sino como un síndrome, bien diferenciado para la clínica neuropsiquiátrica, a pesar de su aspecto polimorfo¹⁶⁰.

Bosch se ocupaba también de describir las disputas referentes a estos temas dentro del país, y señalaba que el doctor Ameghino y el italiano Lanfranco Ciampi (1885-1962) compartían una postura. Este último fundó la cátedra de Psiquiatría Infantil en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, ciudad donde creó la filial de la LAHM, fue director del Instituto Psicopedagógico de Buenos Aires y participó de diversas instituciones que se ocuparon de la psiquiatría infantil y que formaron parte de propuestas médico-pedagógicas relativas al desarrollo mental de los niños¹⁶¹. Ambos autores afirmaban que existían “demencias precoces” –en plural–, es decir, aceptaban el separatismo desmembrador de la afección; mientras que Fernando Gorriti, en la Primera Conferencia de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal (realizada en 1928), había defendido un criterio unicista: había hecho mención a la esquizomanía y esquizoidea, aceptando la esquizomanía de Claude como una etapa intermedia entre el temperamento esquizotímico y la esquizofrenia¹⁶².

¹⁵⁸ Bosch, G. (1937), “Esquizofrenia”, *Boletín del Instituto Psiquiátrico*, Vol. I, n° 20-21, pp. 26-39.

¹⁵⁹ Bosch (1937).

¹⁶⁰ Bosch (1937), p. 29.

¹⁶¹ Talak (2005), pp. 563-599.

¹⁶² Bosch (1937). Sobre las teorizaciones de Gorriti en estas temáticas véase Gorriti, F. (1928), “Esquizomanía y esquizoidea”, *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal*, Vol. II, n° 12, pp. 527-540.

El aporte de Bosch nos permite describir un escenario psiquiátrico donde se presentaban posturas diferentes –que respondían a lecturas y posicionamientos distintos frente a los teóricos europeos– entre los médicos locales. Estas ideas eran expuestas y debatidas en los espacios de los congresos y en las revistas científicas, que se convirtieron en espacios de exposición e intercambio. El mismo Bosch se ubicaba en este debate más cercano a Ciampi (quien había trabajado también junto a los médicos Carlos Rodolfo Pereyra y Eduardo Krapf y al mismo Bosch, como veremos más adelante). Siguiendo la misma idea, el autor comentaba que él, junto a Ciampi, habían apadrinado una tesis escrita sobre estos tópicos en 1933, es decir que parte de su labor de investigación era también la formación.

Los diversos artículos permiten también observar la necesidad de los autores de repetir una y otra vez las fechas y los procesos inaugurales del uso de los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia como si fueran “hitos de iniciación” en los que fundar su quehacer, y como una manera de mostrar el conocimiento de los orígenes de las ideas que tomaron como propias. Nos resulta importante poner la lupa en estas cuestiones, para entender qué se pretendía manifestar con esta producción teórica local, que, por lo general, era una paráfrasis de los clásicos.

Consideramos fundamental el artículo de Bosch antes mencionado para graficar el campo psiquiátrico de la época, pues muestra los personajes destacados, también define qué se entendía por esquizofrenia, cuáles eran los aportes desde la fisiología, y a partir de todos estos datos, muestra la articulación de los diversos elementos de la disciplina: la investigación teórica, la publicación, la docencia, los congresos y la práctica hospitalaria.

B.1- En diálogo con los vecinos

Hacia fines de la década de 1930 se publicaron las Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas de Santiago de Chile, realizadas entre el 4 y 11 de enero de 1937. Como expresión del intercambio entre personajes relevantes y de los debates destacados generados en la psiquiatría de la región, elegimos ciertas discusiones de este

evento. Este acontecimiento convocó a profesionales de diez países de América Latina, tuvo por presidente al psiquiatra chileno Oscar Fuentecilla –uno de los impulsores de la profesionalización de la psiquiatría en Chile¹⁶³– y por secretario general a Isaac Horvitz (quien publicó las actas). Hubo siete sesiones de trabajo con sus correspondientes temas, y cada uno fue presentado por los representantes más destacados de cada país.

Retomamos algunas ponencias y discusiones posteriores de estas jornadas para mostrar las diferentes posturas y los debates generados entre médicos de diversos países y los argentinos en lo referente a los dos diagnósticos que estudiamos. Una de las figuras más importantes de este evento fue Honorio Delgado (1892-1969), uno de los autores extranjeros que más publicaba en Argentina. Éste fue el médico peruano más destacado de su país en relación con las patologías mentales, uno de los introductores del psicoanálisis y también de los primeros en aplicar los tratamientos biológicos, farmacológicos y las técnicas psicológicas y sociales individuales y grupales. Trabajó como docente de diversas cátedras, entre ellas, en la especialidad Psiquiatría. Fue miembro titular de la Academia Nacional de Medicina de Lima, entre otros tantos cargos, y escribió alrededor de 400 artículos y 20 libros¹⁶⁴.

En estas jornadas, el doctor Delgado presentó una ponencia en la mesa presidida por Nerio Rojas –quien también había participado de la mesa inaugural– cuyo tema fue: “Concepto psicopatológico y delimitación clínica de la demencia precoz”. Delgado hablaba de esquizofrenia y sostenía que en ella existía una extrañeza del mundo de la percepción, del modo en que lo vivía el “yo”. Decía que el mismo nombre esquizofrenia entrañaba una de las características más salientes del pensamiento esquizofrénico: la discordancia¹⁶⁵. Dentro de los rasgos más destacados por el autor en relación

¹⁶³ Araya, C. (2014), “Inserción de las psiquiatrías nacionales en el contexto de consolidación de la modernización latinoamericana: Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, Santiago de Chile, 1937”. Dossier *La Locura. Historia, prácticas e instituciones. Siglos XIX-XX*. Vetö, S. y Correa, M. J. 09 de junio de 2014 <http://nuevomundo.revues.org/66907> (01/07/2014).

¹⁶⁴ Galli, E. (2000), “Semblanza de Honorio Delgado: humanismo y Psicopatología”, *Revista Médica Herediana*, Vol. 11, n° 4, versión on-line.

¹⁶⁵ *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*. Santiago de Chile 4-11 de enero de 1937. Publicadas por Isaac Horvitz, secretario general de las Jornadas. Secretario del comité organizador. Segunda sesión de

con la esquizofrenia estuvieron: la sintomatología de la esquizofrenia, la importancia de los delirios y las características del pensamiento esquizofrénico (impresión de sentirse distinto, decaído, con sentimientos de extrañeza, pérdida de la simpatía para con los seres, pérdida de contacto afectivo con la realidad, matices de angustia, malestar). También mencionaba la aparición de sentimientos de anafectividad, ambivalencia afectiva, inversión de los afectos y, por otro lado, las manifestaciones de la proyección afectiva morbosa, como sentimientos de imposición o de privación. Es decir, la vida afectiva del esquizofrénico tenía como caracteres predominantes, desde lo subjetivo, la presencia del sentimiento fundamental de estar cambiado y, desde el observador, el hecho de ser impenetrable e inaccesible.¹⁶⁶

La ponencia de Delgado mostraba el uso de la teoría psicoanalítica integrada en sus explicaciones y, a pesar de que el título de la mesa refería a la demencia precoz, en su trabajo hablaba de esquizofrenia. Aunque la labor del médico peruano abarcaba diversos aspectos de la patología mental, el comentario de Rojas que se registró fue en relación al modo de nombrar la patología; así Rojas destacó que Delgado había dicho que la demencia precoz no era una entidad nosológica, lo que implicaba para el médico argentino la necesidad de desmembrar ese concepto y esgrimir e implementar otro, el cual no debía ser el de esquizofrenia. Destacamos que Rojas, a partir de todo lo expuesto por Delgado, hizo hincapié en la cuestión de cómo llamar a la patología, y en la cuestión de si la demencia precoz era o no una entidad por sí misma.

En el mismo evento, el doctor Gonzalo Bosch, en coautoría con Eduardo Krapf (1901-1963) –médico del Hospicio de Las Mercedes y del Hospital Nacional de Neuropsiquiatría; docente de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la UBA y miembro de Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)– y Carlos Pereyra (1903-1966) –médico español que trabajó en el Hospicio de las Mercedes, en sanatorios privados y en el Hospital Italiano, entre otras instituciones–

trabajo en el Manicomio Nacional, presidida por Nerio Rojas. Tema: Concepto psicopatológico y delimitación clínica de la Demencia Precoz.

¹⁶⁶ Delgado, H. (1937), "Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia". *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*. Santiago de Chile 4-11 de enero de 1937. Publicadas por Isaac Horvitz, secretario general de las Jornadas. Secretario del comité organizador, p. 234.

presentaron un trabajo titulado “Esquizofrenia. Psicosis y demencia esquizofrénica”. En este artículo hablaban de la importancia de indagar sobre los términos psiquiátricos y consideraban que gran parte de los problemas de esta disciplina eran los malos entendidos relacionados con los mismos. Así, describían el “laberinto terminológico en el que se encontraba la psiquiatría” y se preguntaban si se encontraría el “hilo de Ariadna” para salir de él. Específicamente, se referían al concepto de demencia precoz.

Uno de los temas de debate en Europa que retomaban los autores en esta oportunidad era que un concepto unicista de la enfermedad implicaba que ésta fuera curable o incurable, orgánica o funcional. Ante este hecho describieron cómo Henri Claude y la escuela de Santa Ana formaron dos grupos delimitados: por un lado, las funcionales psicogenéticas curables; y por otro, las formas orgánicas incurables demenciales, grupo en el que se ubicaban los dementes precoces verdaderos¹⁶⁷. La crítica más fuerte que hacían los autores a esta postura era la incapacidad de hacer un diagnóstico diferencial con la división propuesta por Claude, por lo que sostenían que era una teoría que había “nacido muerta”. Además, pensaban que toda esquizofrenia era orgánica y que se podía curar¹⁶⁸, y que psicosis y demencia esquizofrénica eran sólo grados de un único cuadro: la esquizofrenia. Por último, indicaban que la psicosis esquizofrénica se podía curar y la demencia esquizofrénica no.

De este evento panamericano destacamos, como ya mencionamos, los debates que se generaron en forma posterior a las lecturas de las ponencias. De este modo, en la jornada de trabajo en la que el Dr. Bosch fue presidente y expuso su investigación en coautoría, recibió severas críticas de los demás participantes.

En primer lugar, el doctor peruano J. Oscar Trelles comentaba que en su estancia en Francia con el Dr. Claude, éste había llegado a la misma conclusión, que la esquizofrenia y la demencia precoz eran patologías distintas, por lo tanto, el peruano consideraba que el sistema enunciado sobre Claude por los argentinos ya había avanzado. El Doctor chileno Oscar Fontecilla también criticó el trabajo de Bosch, y manifestó que creía erradas las críticas a

¹⁶⁷ *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*, p. 254.

¹⁶⁸ *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*, p. 255.

Kraepelin, así como el hecho de que se generaran confusiones de términos y conceptos. Al mismo tiempo, el doctor uruguayo Antonio Sicco sostenía que no valía la pena la preocupación por la nomenclatura, y comentaba que los médicos por lo general diagnosticaban con demencia precoz y que lo importante era conocer la etiología para entender si el paciente iba a tener mejoría¹⁶⁹.

Ante estas observaciones, Gonzalo Bosch destacó que todos los participantes de la discusión coincidían en que la demencia precoz y la esquizofrenia se podían curar e insistían en que había cuadros esquizofrénicos que llegaban a la demencia. Una vez más, el doctor Fontecilla respondió que todos los alienistas (refiriéndose a todos los médicos presentes) sabían eso, es decir, ponía los dichos del médico argentino en un lugar de obviedad. A continuación, Bosch manifestó que mientras la demencia precoz era incurable, la psicosis esquizofrénica era curable y Fontecilla insistía en que sus dichos no eran ninguna novedad¹⁷⁰.

El médico argentino reiteraba que la confusión mental tenía una anatomía patológica sin probabilidad de mejorarse y que esto lo habían visto en las prácticas hospitalarias; en cambio, con relación a la confusión mental, mencionaba que en París estaban utilizando la insulino terapia para tratarlo. El doctor Trelles le respondió entonces que en Lima ya se estaba usando esta terapia, es decir, le manifestaba al médico argentino que sus aportes no eran novedosos para los médicos peruanos. Bosch tomó la palabra una vez más y terminó con el siguiente párrafo:

“Me llevo la impresión gratísima de que todos tienen la idea de que la demencia precoz es curable. Cuando se cura no existe error de diagnóstico. Agradezco mucho a todos los que me han ilustrado con sus observaciones”¹⁷¹.

¹⁶⁹ *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*, p. 101.

¹⁷⁰ *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*, pp. 102-103.

¹⁷¹ *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*, p. 103.

Vemos en estos dichos que el médico argentino se alejaba de la primera finalidad de su investigación: aclarar la cuestión terminológica y evitar los malos entendidos. Bosch pretendió encontrar un punto de encuentro con las devoluciones de sus colegas, mediante la expresión “Cuando se cura no existe error de diagnóstico”, admitiendo que la cuestión sobre de qué diagnóstico se trataba quedaba de lado.

Las discusiones que presentamos nos permiten llegar a ciertas conclusiones. Por un lado, queda claro que en la psiquiatría argentina se reproducían los debates que se sostenían en Europa; es decir, no sólo se tomaban las ideas sino también los debates que se disparaban a partir de éstas a escala mundial. Lo paradójico es que mientras en el campo argentino estos debates parecían “de avanzada”, cuando fueron a Chile, los representantes de los demás países les marcaron que sus aportes no tenían nada de originales y que en sus lugares de origen eso ya se había discutido, ya se sabía y se ponía en práctica. La autora chilena Claudia Araya indica que el país del Pacífico aspiraba a organizarse y a posicionar a partir de este evento científico su discurso propio como lo venían haciendo los médicos rioplatenses. También comenta la autora sobre el carácter institucional que quisieron darles a estas jornadas con la presencia en su acto inaugural de los ministros de Salubridad y Educación, y del rector de la Universidad de Chile. A partir de estos datos podemos deducir que existieron cuestiones de rivalidades del gremio de uno y otro país que también definieron la dinámica de las jornadas y que estaban en juego al momento del debate. En concreto podemos destacar que el problema por el uso de uno u otro diagnóstico no tenía el mismo valor y no preocupaba a los psiquiatras de los demás países de la región de la misma manera que a los argentinos.

En esta misma línea retomamos de Araya que la preocupación más importante entre los organizadores y asistentes pasaba por dos cuestiones: factores de legitimación de la psiquiatría como especialidad en medicina y la relación entre la especialidad y los intereses del Estado, es decir, medicalizar asuntos de la mente y replantear el lugar de las instituciones psiquiátricas¹⁷². Las explicaciones de la autora muestran que las temáticas que analizamos para

¹⁷² Araya (2014).

nuestro caso no fueron las cuestiones que más relevancia tuvieron en este evento científico, y además encontramos en nuestro análisis una distancia entre los psiquiatras argentinos y los demás colegas latinoamericanos en estos debates puntuales sobre los diagnósticos de psicosis.

Una situación similar sobre la posición de la psiquiatría argentina en el campo internacional –pero en un momento anterior– muestra Sandra Caponi en su artículo sobre las clasificaciones de las enfermedades mentales en el Congreso Internacional de Medicina Mental de París de 1889¹⁷³. La autora analiza cómo se pretendía organizar una clasificación de las enfermedades mentales para poder realizar sobre ellas una estadística internacional. En este contexto, el doctor Domingo Cabred, quien representaba a la Argentina, presentó una clasificación –diferente a la del resto de América meridional– que fue desautorizada por obsoleta. Caponi expresa que, durante el congreso, Cabred había manifestado una posición de acuerdo con la cual proponía, siguiendo la teoría de la degeneración de Morel, cuatro grandes grupos patológicos que se diferenciaban por su causas: locura vesánica neuropática, tóxicas, orgánicas y degenerativas. Una vez que el médico argentino terminó su exposición, otro médico (Charpentier) respondió que no era posible considerar esa clasificación como científica de las enfermedades mentales¹⁷⁴. Además, como explica la autora, Cabred presentaba una clasificación que B. A. Morel había defendido como novedosa cincuenta años antes¹⁷⁵.

Es en este último punto particularmente donde encontramos cierta coincidencia con el evento chileno que analizamos, sucedido alrededor de 40 años después. Ambas situaciones nos permiten poner en perspectiva aquello que en el ámbito nacional era considerado novedoso en relación al uso de ciertas nosologías, que eran los debates en boga en las revistas médicas locales con lo que sucedía en el resto de la región y del mundo. Estos episodios nos sirven para pensar que los debates locales y los desarrollos teóricos y clínicos, pueden haber ido por carriles diferentes respecto de lo que sucedía en otros países, y que quizás a los médicos argentinos no les interesaba tanto lo que sucedía con

¹⁷³ Caponi, S. (2011), “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *Dynamis*, Vol. 32, n° 1, pp. 185-207.

¹⁷⁴ Caponi (2011), p. 193.

¹⁷⁵ Caponi (2011), p. 196.

la disciplina a nivel regional, o qué lecturas hacían sus colegas latinoamericanos, puesto que su mirada estaba puesta principalmente en el ámbito local y en las producciones europeas.

B.2- Nuevas preocupaciones, mismas nosologías

Para las décadas de 1950 y 1960 se seguía pensando en el problema de cómo nombrar la demencia precoz y/o esquizofrenia, si se trataba de distintas patologías o no, y se continuaba con la tradición de citar a los más destacados autores europeos. Quizás la diferencia con respecto a etapas previas era la claridad en algunos autores frente a este modo binario de nombrar al cuadro clínico. Así, por ejemplo, Juan Dalma (1895-1977), profesor de psiquiatría de la Universidad Nacional de Tucumán –usando ambos términos como sinónimos– manifestaba que la actitud de la mayoría de los autores frente al término esquizofrenia (demencia precoz) era ambivalente: lo valoraban y lo utilizaban pero lo tomaban como provisoria, a la espera de nuevas y más terminantes contribuciones, que diluyeran, atomizaran y liquidaran esta creación nosográfica¹⁷⁶.

Por su parte, Jorge Thénon (1901-1985) –médico del Hospital Vélez Sarsfield y del Hospicio de las Mercedes–, mostraba preocupación sobre la concepción de la patología, al expresar que eran complejos los planteos nosográficos, patogénicos o terapéuticos de la esquizofrenia, por la gama de apreciaciones acerca de ésta. Escribió en un texto de 1955, sobre la esquizofrenia y el estado hipnoide; él había escrito ya en 1928 sobre hipnosis y señalaba al psicoanálisis como un intento por realizar la psicología del subconsciente mediante métodos intra y extrospectivos¹⁷⁷, pero al momento de publicar el artículo citado, ya se había alejado y renegado del psicoanálisis. Thénon destacaba como problemático que debido a las diversas posturas sobre la esquizofrenia, por lo general no se realizaban estudios estadísticos, más bien

¹⁷⁶ Dalma, J. (1958), “La esquizofrenia, unidad nosológica”. *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, n° 4, pp. 37-45.

¹⁷⁷ Vezzetti (1996b), p. 47.

se hacían investigaciones de agrupamiento empírico de los síntomas y apreciación subjetiva de ellos¹⁷⁸.

Por último, algunos médicos seguían sentando posición sobre los desarrollos teóricos de las figuras emblemáticas vinculadas con estas patologías. Así, el doctor Eduardo Krapf¹⁷⁹ destacaba que, medio siglo después, la obra de Bleuler sobre demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias seguía siendo actual. Krapf sostenía –como lo había hecho Bleuler en 1911- que la unidad psicopatológica de la esquizofrenia no era incompatible con una gran diversidad etiológica. Se apoyaba en dos series de investigaciones: la del psicoanálisis, que contribuía para él en la semiogénesis, y la psiquiatría comparada, que realizaba sus aportes a la patogénesis¹⁸⁰.

Los artículos de Eduardo Krapf y Jorge Thénon incluyeron cuestiones terapéuticas al ocuparse de estos temas. En sus artículos están presentes tanto el psicoanálisis como otras terapias (por ejemplo la hipnosis), lo que muestra cambios en los puntos de interés que quedaron registrados en sus producciones teóricas. Nos apoyamos en estos tres artículos para mostrar cómo las temáticas sobre demencia precoz y esquizofrenia siguieron presentes en las producciones de los psiquiatras argentinos en el largo período que abarca nuestra investigación.

C- Tercer eje: Rasgos de la esquizofrenia

En este tercer eje destacamos algunos trabajos cuyos autores mostraron un interés por las diversas manifestaciones de la esquizofrenia y por la búsqueda de los *bordes de la patología*, es decir aquellos rasgos que la diferenciaban de otras. Son artículos que refieren a diversos síntomas y características de ésta:

¹⁷⁸ Thénon, J. (1955), “La esquizofrenia y el estado hiponoide”. *Acta Neuropsiquiátrica argentina* n° 1, pp. 369-378. Sobre las estadísticas en psiquiatría Caponi (2011a), pp. 185-207; (2011b), “Para una estadística universal: Un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales (1888-1889)”, *Frenia*, n° 11, pp. 67-88; Grob, G. (1991), “Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, n° 4, pp. 421-431.

¹⁷⁹ Médico del Hospicio de las Mercedes, del Hospital Nacional de Neuropsiquiatría, profesor adjunto de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UBA y miembro titular de Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

¹⁸⁰ Krapf, E. (1963), “El grupo de las esquizofrenias y la psiquiatría comparada”, *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, n° 9, pp. 1-7.

causas (con el ejemplo del shock emotivo), trastornos afectivos, ideativos, edad de aparición, pronóstico y remisión. La mayor parte de ellos fueron realizados durante la década de 1930, pero hacemos referencias a trabajos previos y posteriores. Para organizar mejor el eje, decidimos dividirlo en tres grupos. En primer lugar se encuentran aquellos trabajos que tuvieron un desarrollo profundo acerca de algún rasgo particular de la patología (causas desencadenantes y desintegración ideativa a partir del análisis de la escritura). En un segundo grupo ubicamos trabajos que presentan huellas sobre la temática sin ser desarrollos teóricos profundos. Consideramos que son aspectos precisos de mencionar ya que ocupan una parte importante en las producciones acerca de la demencia precoz y la esquizofrenia. En un tercer grupo, el más pequeño de los tres, tomamos algunas tesis doctorales para destacar cómo construyeron la demencia precoz y la esquizofrenia como objeto de estudio entre 1910 y 1950 y cómo esto cambió para fines de la década de 1960.

*Primer grupo

Analizaremos en primer término un trabajo de Nerio Rojas y José Belbey¹⁸¹, quienes pusieron allí en discusión la cuestión del shock emotivo en los pacientes como desencadenante de la patología, para lo cual citaban algunos autores extranjeros y hablaban de sus propios pacientes. Rojas y Belbey relevaron 460 historias clínicas y hallaron 85 casos de demencia precoz, lo que representaba alrededor un 18% del total. Según estos autores, el shock emocional podía ser causa o factor agravante de la demencia precoz y la esquizofrenia. Encontraron un porcentaje de casos relacionados con shock emocional (aproximadamente el 23%), y dedujeron que la causa de la patología no influía en la forma clínica de ésta. Sostenían, para la mayor parte de los casos, que era preciso un fondo congénito o adquirido, es decir, la herencia¹⁸², es decir, a pesar de poner el foco sobre acontecimientos puntuales que podrían dar origen a la patología, había una base que podía ser hereditaria, y también coyuntural (como lo es en el caso de la pobreza).

¹⁸¹ Rojas, N. y Belbey, J. (1936), "Choc emotivo en el origen de la demencia precoz", *Psicoterapia*, n° 1, pp. 20-30.

¹⁸² Rojas y Belbey (1936).

Belbey y Rojas sostenían que los acontecimientos familiares y de experiencia sexual ejercían gran influencia durante la juventud. La emoción era entendida por los autores como el fenómeno psíquico más útil para la defensa del individuo y de la especie, y podía ser tanto la puerta de entrada a la tristeza como a una vida más llevadera. “Como una hermosa mujer, la emoción es capaz de elevarnos a lo más sublime o hundirnos en lo más profundo”¹⁸³.

Los autores realizaron una descripción de casos clínicos a partir de los cuales se manifestaba con toda claridad la influencia del impacto emocional frente a una coyuntura en el devenir de una patología mental; la finalidad de investigar estos casos era –en sus palabras– buscar su etiología, ya fuese ésta real o aparente, coadyuvante o única. Esta característica del artículo es relevante ya que implica una relación entre el trabajo clínico de los autores y sus publicaciones en las revistas médicas. A continuación describiremos uno de estos casos.

Se trata de una mujer de 25 años, soltera, que fue descrita como retraída, nerviosa e irritable. Con respecto a sus ciclos menstruales mencionaban que había sufrido una dismenorrea hacía un año y había tenido amenorrea tres años atrás. Comentaban que diez meses antes de ser revisada por los médicos se la había notado triste y con tendencia al mutismo. El desencadenante del shock emotivo había sido el susto exagerado que sufrió por los ladridos de unos perros que la quisieron morder. Desde ese momento comenzó a manifestar ideas delirantes de persecución:

“la paciente señaló que una hermana fallecida la quería matar, temía que la quisieran degollar, pensaba que un sobrino quería robarle sus flores. Además presentaba alucinaciones visuales: veía víboras y un hombre al lado de su cama; y auditivas: escuchaba que la familia le decía que la iban a raptar”¹⁸⁴.

Respecto de su estado general, se indicaba que descuidaba de su persona, sufría de insomnio, a veces era agresiva, no se alimentaba, salía a la calle en ropa interior. Se la describía como desorientada en tiempo y lugar,

¹⁸³ Rojas y Belbey (1936), p. 30.

¹⁸⁴ Rojas y Belbey (1936), p. 22.

desordenada, excitada física y psíquicamente. La mujer fue diagnosticada con demencia precoz¹⁸⁵.

En este caso es claro cómo los autores mostraban ciertos rasgos previos al shock emotivo (triste y sin habla) pero que fue con el episodio de susto aparecieron los delirios y se desencadenó todo el cuadro patológico. Como era común en las historias clínicas de la época para las pacientes psiquiátricas mujeres, se describían sus períodos menstruales irregulares aunque no siempre se señalara una relación directa entre su cuadro mental y esta disfunción fisiológica.

Consideramos valioso hacer mención a este caso clínico ya que fue el único texto que encontramos sobre estas patologías en el que se articulan de un modo tan sistematizado las ideas propuestas con casos clínicos propios. El análisis de este ejemplo nos permite “ver la práctica” de aquello que por lo general se lo trasmite a partir de la teoría o haciendo referencia a trabajos de otros. Además, a diferencia de la institución que analizamos, encontramos en trabajos como éstos una explicación de casos clínicos que brindan un cúmulo y una organización de datos que no pudimos rastrear en las historias clínicas hospitalarias que analizamos.

En segundo lugar, y desde una perspectiva diferente, de la mano de Juan Cuatrecasas (1899-1990) –doctor español exiliado en Argentina, profesor de Investigaciones del Instituto de Psiquiatría de la Universidad del Litoral en Rosario– y Nélica Bula –doctora del Hospital de Alienados de Rosario–, encontramos investigaciones sobre otras problemáticas vinculadas con la esquizofrenia, como el mecanismo de formación del lenguaje en ciertas patologías y el proceso de desintegración mental de ciertas psicosis. En 1939, estos autores describían que la escritura automática de los esquizofrénicos ofrecía un interés considerable, porque exhibía una fragmentación y una incoherencia relativas a los conceptos que eran inseparables de la destrucción de la sintaxis que sostenía Bleuler. También Kraepelin había mencionado la

¹⁸⁵ Rojas y Belbey (1936), p. 22.

esquizofasia en 1910, siendo la esquizografía la misma incoherencia que en lo verbal¹⁸⁶.

La investigación sobre estas temáticas abría el estudio de ciertos rasgos característicos de las esquizofrenias, como la desagregación mental y la inafectividad del enfermo. Así, los autores señalaban que Emil Kraepelin había diferenciado nueve tipos de trastornos esquizofrénicos, pero la característica común eran estos dos rasgos. Dentro de estas características aparecían fenómenos como los neologismos, el autismo, el negativismo, entre otros.

Nélida Bula y Juan Cuatrecasas sostenían que el lenguaje gráfico esquizofrénico presentaba dos comportamientos: uno casi normal, sin alteraciones sensibles al menos en sus mecanismos; y otro, patológico esquizográfico con desintegraciones de diversos tipos¹⁸⁷. En esta misma línea encontramos también otros artículos, lo que muestra el interés por la temática, siendo el que elegimos citar uno de los más interesantes, porque en él hacían mención a casos clínicos y reproducían la escritura de los pacientes.

*Segundo grupo

Las referencias a la importancia de la clínica en el proceso de teorización psiquiátrica eran constantes; así, se consideraba que desde Kraepelin hasta la década de 1940, la clínica había enriquecido y desmembrado el frondoso grupo de afecciones que podían ser denominadas “esquizofrenias”¹⁸⁸. Carlos Lambruschini –encargado del sector de psiquiatría, psicoterapia y psicoanálisis del servicio de la cátedra de Clínica Neurológica, ministro de Salud Pública de la provincia de Santa Fe en 1945 y uno de los fundadores de la primera carrera universitaria de Psicología del país en Rosario en 1954– tomaba para la década de 1940 la cuestión del pronóstico y la remisión de la enfermedad. Describía que existían factores que influían en un pronóstico favorable: que fuera un proceso agudo, que el comienzo del tratamiento haya sido dentro del año y medio después del comienzo de la enfermedad, que no existiera tara

¹⁸⁶ Cuatrecasas, J. y Bula, N. Z. (1939), “El lenguaje gráfico en la esquizofrenia”, *Boletín del Instituto Psiquiátrico. Facultad de Ciencias Médicas de Rosario*, Vol. 3, n° 24, pp. 5-27.

¹⁸⁷ Cuatrecasas y Bula (1939).

¹⁸⁸ Lambruschini, C. (1941), “Las esquizofrenias tratadas por los métodos actuales. (Insulino y convulsivantes). Aspecto clínico y médicolegal”, *Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría*, Vol. VI, n° 2, pp. 69-105.

hereditaria cruzada bilateral, entre otros¹⁸⁹. Además explicaba que la remisión no implicaba curación. Las había totales, parciales, sociales, etc. Este punto abría también el debate médico-jurídico. Desde una perspectiva legal, la remisión total implicaba que el enfermo, además de no presentar síntomas psicopáticos, debía recuperar la relación afectiva, la capacidad de modulación y la completa conciencia de enfermedad. También se presentaban remisiones con déficit: remisiones sociales que permitían la vida afuera del ambiente hospitalario. Puntualmente desde la mirada médico-legal había dos formas de remisión: global (o total) y parcial. Para estimar su situación legal era preciso establecer primero el estado mental en cada individuo, además de determinar qué remisiones eran espontáneas y cuáles eran generadas por el uso de la terapia de Sakel o insulino-terapia¹⁹⁰.

El doctor Pereyra –médico, jefe de clínica del Hospicio de las Mercedes- , por su parte, retomó la discusión de la edad de inicio de la psicosis esquizofrénica y realizó un recorrido por el trabajo de diversos autores europeos, para luego describir sus casos analizados: hombres del Servicio Esquirol del Hospicio de las Mercedes. En su estudio, Pereyra señaló que en el 84% de estos pacientes, el inicio de la patología había tenido lugar en edad juvenil; y respecto del resto, indicaba, no se podía saber con toda claridad que no hubiese sido así¹⁹¹. Una vez más puede verse la lógica de justificar la legitimidad de las ideas planteadas y el trabajo con los casos propios, a partir de las referencias europeas.

Además, entre los síntomas de la esquizofrenia, los trastornos del pensamiento ocuparon un lugar fundamental en las investigaciones: ideas disgregadas, perseveración ideativa, neologismos, pararrepuestas, repeticiones, estereotipias verbales. Se hacía especial hincapié en el pensamiento autista. La psicoanalista (que se ocupó particularmente sobre Melanie Klein) Hebe Friedenthal, explicaba que el trastorno esquizofrénico de la asociación y la afectividad, hacía que se remplazara la realidad por la fantasía y que se produjera un retiro de la realidad, esto era el autismo. Se trataba de un intento

¹⁸⁹ Lambruschini (1941).

¹⁹⁰ Lambruschini (1941).

¹⁹¹ Pereyra, C. R. (1943), “Formas de comienzo de la psicosis esquizofrénica (DP)”, *Psiquiatría y Criminología*, Vol. VIII, n° 41, pp. 348-356.

de realización de deseos en la fantasía, que estaba dirigido por las necesidades afectivas, que podía ser continuo o interrumpirse ocasionalmente. Los textos sobre estos temas explicaban también que lo que Bleuler había definido como pensamiento autista, para Freud era pensamiento primario (modo de actuar del inconsciente). Esta última referencia mostraba la intención de ubicar a Freud en las teorías psiquiátricas, y de vincular posturas teóricas para encontrar explicaciones¹⁹².

*Tercer grupo

Como último punto de este eje, volvemos a algunas tesis doctorales que ya fueron tratadas para otros ejes. La mención de dichos trabajos refiere a que los mismos describieron rasgos sobre demencia precoz y esquizofrenia durante todo el período en estudio. Todas ellas seguían un formato similar: reseña histórica, comienzo de la afección, síntomas, perturbaciones de la conciencia, de la afectividad y del lenguaje, entre otros; trastornos de la memoria, de la atención, de los sentidos, etc.; formas clínicas, curso y evolución, remisiones, pronóstico, diagnóstico, causas de la enfermedad, etiología y patogenia, anatomía patológica y tratamiento. En cierto modo se puede detectar que estas investigaciones abarcaban las diversas temáticas que se planteaban en los artículos de las revistas con algún aporte de estudio de casos que se practicaba en alguna institución hospitalaria a la que se tenía acceso¹⁹³.

La mayor parte de las tesis que encontramos entre las fuentes analizadas, cuyos formatos acabamos de describir, abarcan el período entre 1910 y 1950. Por marcar una importante diferencia, nos detenemos a analizar una tesis de 1969 sobre los mecanismos inmunológicos de la esquizofrenia. El objetivo de este trabajo era verificar la existencia de alteraciones en la respuesta

¹⁹² Véase por ejemplo Friedenthal, H. (1959), "El pensamiento en la esquizofrenia", *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, n° 5, pp. 468-472.

¹⁹³ Para ejemplos de tesis sobre demencia precoz y esquizofrenia véase: "Gregorio Bermann realiza una reseña a la tesis de Pastor Schneider de 1917", *Revista de Criminología Psiquiatría y Medicina Legal*, n° V (1918); "Demencia precoz. Tesis de Pedro Vignau. Por Carlos P. Waldorp", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal* V (1918), pp. 246-247; "Concepto Actual y diagnóstico de la demencia precoz. Tesis de Schneider Pastor 1917. Por Gregorio Bermann", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal* V (1918), pp. 252-254; Tamburini (1919); Deco (1922); Landa, C. R. (1943), Tesis: "Esquizofrenia"; Pereyra, C. (1943), Tesis "Esquizofrenia (demencia precoz)".

inmunológica de los enfermos esquizofrénicos. Se había trabajado con casos de pacientes con esquizofrenia crónica en los que se presentaba un “síndrome discordante” que, según se explicaba, afectaba a los procesos psíquicos. La investigación se inició en 1964 en el Servicio 23 del Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres y continuaba durante los años 1965 y 1966 en París, en representación del Instituto Nacional de Salud Mental de Argentina¹⁹⁴. Más allá del tecnicismo y la especificidad de la tesis, la incluimos al análisis porque su objeto de investigación se diferencia de los demás, ya que presenta una preocupación relativa a la cuestión inmunológica -cercana al campo bioquímico- en un cuadro mental. Este trabajo se distancia del resto de las tesis sobre las patologías alrededor de veinte años, lo que puede explicar el cambio de interés de su objetivo principal. Este dato puede indicar que el tema era representativo del tipo de investigaciones que se realizaban en el campo psiquiátrico ya en la década de 1960.

De este modo cerramos este apartado sobre los rasgos destacados de la esquizofrenia: desde el inicio de la patología y los posibles motivos desencadenantes –como el shock emotivo-, sus posibilidades de remisión, hasta el deterioro que generaba, particularmente los trastornos del pensamiento. Transitar estos textos muestra que los psiquiatras fueron generándose preguntas de investigación -muchas de las que derivaban de las doctrinas que leían de los autores europeos-, que les permitía ir conociendo el cuadro mental de manera cada vez más profunda. Además se manifiesta cómo la misma convivencia con los pacientes (en los textos que se nombra el trabajo con casos clínicos) despertaba nuevos interrogantes sobre la patología. Una vez más destacamos que a partir de este juego de ida y vuelta entre la clínica y la lectura de bibliografía europea, se fue intentando conocer el enigmático mundo de la demencia precoz y la esquizofrenia.

¹⁹⁴ Certcov, D. (1969), “Delimitación clínica del concepto de esquizofrenia e investigación de los mecanismos inmunológicos en la misma”, Tesis de Doctorado en Medicina.

D- Terapias de choque, psicoanálisis y psicofármacos para esquizofrenia: cuarto eje

A partir de la década de 1940, la mayor producción teórica respondió a las terapias que se practicaban para tratar estas patologías: las terapias de choque (cardiozol, insulino-terapia y shock eléctrico)¹⁹⁵ y la psicoterapia psicoanalítica. Por ser el tema más destacado de los artículos desde la década de 1940 hasta el final de nuestra investigación, y con la finalidad de abarcar la producción teórica sobre demencia precoz y esquizofrenia en todo el arco temporal, es que decidimos destacar estos artículos a pesar de que el último capítulo de esta tesis es específicamente sobre terapias.

Elegimos para este apartado seguir particularmente la obra de algunos autores destacados. En primer lugar, a uno de los psiquiatras más prestigiosos del ámbito local, Gonzalo Bosch, a cuya producción teórica en décadas anteriores ya nos hemos referido, y a quien tomamos como ejemplo justamente para seguir la producción teórica de uno de los referentes de la psiquiatría argentina en distintos períodos. También a dos referentes del psicoanálisis de la época, que nos permitirán analizar su posición frente a la esquizofrenia (Ángel Garma y Enrique Pichon Rivière). Además tomaremos los aportes de algunas tesis donde se describieron las terapias, ya que consideramos que en ellas se manejaban los temas en boga en la disciplina. Por último utilizaremos los aportes sobre psicofármacos, de psiquiatras que trabajaron en instituciones hospitalarias desde 1950 (Edmundo Fischer, Mauricio Goldmeberg y Ramón Melgar).

Los psiquiatras pudieron empezar a posicionarse como saber legítimo ante sus pares médicos con el surgimiento de las diversas terapias, ya que podían responder con un tratamiento concreto a una patología determinada. Entendemos que este hecho generó un giro también en las producciones teóricas. Escribir sobre dichas terapias habría sido más interesante que seguir teorizando acerca de las nosologías (lo cual no implica que los debates planteados con anterioridad se hubieran resuelto).

¹⁹⁵ Desarrollaremos en profundidad qué son y cómo se utilizaron estas terapias en el capítulo cinco.

Gonzalo Bosch sostenía que los casos de demencia precoz y esquizofrenia traían aparejados problemas insulínicos. Por lo tanto, se ponía mucha esperanza en las consecuencias positivas que podía traer la insulinoterapia¹⁹⁶. Se la consideraba un agente terapéutico que podía llegar a ser curativo y que abría una puerta para entender los desórdenes metabólicos y la autotoxicidad del organismo. Decía Bosch que con los resultados terapéuticos de la insulina y el cardiozol se podía ver la naturaleza reparable del síndrome aunque no se alcanzara su esencia¹⁹⁷.

Las tesis analizadas también presentaban notas vinculadas a las terapias que debían practicarse. Así por ejemplo, un trabajo de 1943 sostenía que los tratamientos de las esquizofrenias debían ser el método de Sakel o insulinoterapia, cardiozol, electroshock, psicoterapia, praxiterapia (laborterapia) y piretoterapia¹⁹⁸. Para ese mismo año se encuentra una tesis referida específicamente a la insulinoterapia como tratamiento para la esquizofrenia, tomando como casos clínicos a pacientes tratados en el Hospicio de Las Mercedes. Allí se señala a la insulinoterapia como el arma con la que mejor se podía combatir a esta patología. Además, luego de un año de evolución, era preferible la insulinoterapia para todos los cuadros. La tesis concluía que esta terapia de shock podía curar, generar mejoras o no variar el cuadro, y que el éxito de los casos guardaba directa relación con la precocidad del diagnóstico¹⁹⁹.

En el mismo año se defendió otra tesis que tenía como tema principal el tratamiento con cardiozol²⁰⁰. En ella se presentaba como dato estadístico que en el Hospicio de las Mercedes en el año 1942 había 1536 esquizofrénicos sobre un total de 3350 enfermos. Sobre la práctica de la terapia, señalaba que las inyecciones se aplicaban dos veces por semana, para lo cual era precisa la

¹⁹⁶ La insulinoterapia consistía en aplicar una inyección de alta dosis de insulina en el paciente, lo que le generaba un shock hipoglucémico y entraba en coma. Esta fue una de las llamadas terapias de choque y fue introducida por Manfred Sakel en 1933. Las mejorías a partir de su utilización eran sólo temporales y sus efectos secundarios eran graves y hasta podía ocasionar la muerte.

¹⁹⁷ Bosch (1937).

¹⁹⁸ Landa (1943).

¹⁹⁹ Bonich, M. (1943), "Insulinoterapia en la esquizofrenia" (1943), Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

²⁰⁰ La terapia de cardiozol es una terapia convulsiva a partir de un químico, el cardiozol. Debido a su peligrosidad, poco a poco se fue suplantando con electroshock.

colaboración de dos ayudantes en un cuarto aislado lejos del resto de los enfermos²⁰¹:

“De los dos enfermeros ayudantes, uno deberá sostener el maxilar inferior para impedir su luxación e introducir en la boca del enfermo un trozo de algodón mojado y retorcido, o si no, como es más común, un cojinete de goma forrado con dos o tres gasas que se cambian continuamente, para proteger lengua y labios impidiendo que queden apresados entre los dientes y el cojinete. El otro cuidará de las extremidades inferiores permitiéndoles el juego articular, pero impidiendo los movimientos exagerados o anormales”²⁰².

Las conclusiones del trabajo eran, por un lado, que la cardiozoterapia daba buenos resultados en las esquizofrenias agudas, y por otro, que con este tratamiento no se lograban mejorías estables en los casos crónicos. Las catatónicas eran las más beneficiadas para el tratamiento. También sostenía, para los casos de remisión, que era preciso hacer dos o tres choques más antes de considerar que el paciente estaba remitido. Mencionaba como número total de crisis –es decir aplicación de la terapia- entre ocho y veinte, y aclaraba que las “crisis frustras” eran perjudiciales ya que empeoraban la relación con el médico y generaban miedo a continuar el tratamiento. Se decía que, por lo general con las primeras inyecciones ya se debían notar signos de mejoría. Por último en el trabajo se mencionaba que, como complemento del cardiozol, era importante intensificar la psicoterapia²⁰³.

En ambas tesis se hacen descripciones detalladas sobre el uso de la fuerza física en la práctica de las terapias y acerca de la necesidad de contar con enfermeros bien formados para llevarlas adelante y se mencionan además las posibles complicaciones que podían traer aparejadas. Aparece también un estrecho vínculo entre estas terapias biológicas y las psicoterapias, aunque no se define con claridad de qué tipo de psicoterapias se trataba.

²⁰¹ Joffre Ipar, O. (1943), “Cardiozoterapia en las esquizofrenias”, Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

²⁰² Bonich (1943), p. 11.

²⁰³ Bonich (1943).

Por otra parte, como explica Mariano Plotkin, el psicoanálisis empezó a ser apropiado por el campo de la psiquiatría a partir de 1920-1930 como consecuencia de la crisis general del positivismo²⁰⁴, por lo que antes de la creación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) en 1942 ya poseía un impacto sobre los círculos médicos y culturales²⁰⁵. Para comentar los aportes psicoanalíticos a las cuestiones referidas a la psicosis, tomamos a dos personajes destacados que participaron de la fundación de la APA y que fueron referentes en el campo psicoanalítico argentino: Ángel Garma y Enrique Pichon Rivière.

Ángel Garma (1904-1993) fue un psiquiatra español que emigró a Buenos Aires en 1938; se había formado en Psicoanálisis en Berlín con Theodor Reik. En España había estudiado con el ganador del Premio Nobel Santiago Ramón Cajal y con el psicólogo Gregorio Marañón, interesado en psicoanálisis. Es decir que llegó a la Argentina ya con una reputación importante y era el único en el país con un entrenamiento completo en psicoanálisis. Desde su llegada a la Argentina, tuvo una importante relación con el ámbito psiquiátrico y fue invitado a participar tanto con sus artículos como con reseñas de otros libros en diversos espacios de revistas psiquiátricas²⁰⁶.

Garma sostenía que la psiquiatría y el psicoanálisis señalaban el aislamiento del psicótico y la satisfacción de sus deseos a partir del delirio. Planteó que neurosis y psicosis aparecían como tipos de reacciones opuestas para solucionar problemas psíquicos. De este modo, ubicaba la psicosis en otro plano diferente al que la habían ubicado otros autores. Comentaba que los psicóticos eran enfermos con profundas regresiones instintivas a la fase oral dentro del desarrollo planteado por Freud²⁰⁷. El psicoanalista español explicaba que el enfermo esquizofrénico perdía el contacto con la realidad exterior porque rechazaba el *ello* psicoanalítico, y no porque lo satisficiera. Lo que en el esquizofrénico aparecía como satisfacciones instintivas tenía solamente un

²⁰⁴ Plotkin, M. (1997), "Freud, Politics, and the Porteños: The Reception of Psychoanalysis in Buenos Aires (1910-1943)". *Hispanic American Historical Review*, Vol. 77, n° 1, pp. 45-74, esp. pp. 52-53.

²⁰⁵ Plotkin (1997), p. 47.

²⁰⁶ Plotkin, M. B. (2001), *Freud in the Pampas: The emergence and Development of a Psychoanalytic Culture in Argentina*, Stanford, Stanford University Press, pp. 46-47.

²⁰⁷ Garma, Á. (1944), "La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 2, n° 1, pp. 36-86.

valor muy relativo y ocultaba siempre una insatisfacción incomparablemente mayor²⁰⁸.

Enrique Pichon Rivière señalaba a Ángel Garma como un continuador de la obra de Freud y hacía referencia a los casos clínicos desarrollados por el autor. Utilizaba la teoría de Garma para desarrollar la patogénesis y la dinámica de la enfermedad, lo que muestra un respeto y valoración de las producciones locales. Pichon Rivière (1907-1977), nació en Suiza y fue junto a su familia a la ciudad de Corrientes, en Argentina. Una vez en Buenos Aires, se insertó en círculos bohemios, se interesó por el movimiento surrealista y realizó investigaciones sobre Isidore Ducasse, conde de Lautréámont. Al incorporarse a los círculos psicoanalíticos porteños, ya era un psiquiatra reconocido y discípulo del director del Hospicio de las Mercedes (donde trabajaba y dictaba seminarios)²⁰⁹.

Hugo Vezzetti explicó parte de la obra de Pichon Rivière hasta la década de 1950, sin adentrarse en su desarrollo teórico en los sesenta ni en su teoría sobre Psicología Social. Retomamos el estudio de Vezzetti, ya que allí se explican los aportes de este médico suizo acerca de las psicosis. El autor muestra que Pichon Rivière consideraba al psicoanálisis como una disciplina científica a partir de la cual se podía fundar una nueva psiquiatría²¹⁰. Además indica que, para sus primeros trabajos sobre psicopatología psicoanalítica, había partido de sus observaciones sobre la epilepsia. Sostenía que esta patología era un cuadro unificado, similar a una psicosis, que la separaba de la histeria por el grado de regresión y el punto de fijación en que el ataque epiléptico quedaba asociado a una situación de muerte. Vezzetti considera que, para el psiquiatra suizo, el epiléptico encarnaba la figura de lo primitivo, que no podía frenar lo instintivo. Esta concepción se acercaba a lo que para Lombroso fue el prototipo de delincuente por atavismo y para Freud era la introyección de un superyó sádico que castigaba a un yo sometido. Retoma Hugo Vezzetti que,

²⁰⁸ Garma (1944).

²⁰⁹ Plotkin (2001), p. 45; Dagfal, A. (2015), "El pasaje de la higiene mental a la salud mental en la Argentina, 1920-1960. El caso de Enrique Pichon-Rivière", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n° 5, pp. 25-26.

²¹⁰ Vezzetti (1996a), p. 248.

en cierto sentido, Pichon Rivière invirtió el planteo freudiano, pues no parte de la neurosis sino de la psicosis para desarrollar sus ideas de psicopatología²¹¹. Tomamos de las explicaciones de Pichon Rivière dos puntos que se desprenden del desarrollo teórico sobre la epilepsia. Por un lado, manifiesta que fue a mediados de la década de 1940 cuando comenzó a mostrar su voluntad de construir una nosología de las psicosis dirigida a lo que llamará “enfermedad única”. Consideraba que en psicosis y neurosis había rechazo a la vida instintiva, pero que la diferencia entre las dos era cuantitativa²¹². Toda psicosis, para el autor suizo, se desarrollaba en dos tiempos, el primero de los cuales condicionaba la aparición de una perversión latente como mecanismo de defensa para evitar la castración o negarla. En el segundo tiempo hacía aparición la psicosis propiamente dicha como tentativa de parte del yo para negar la perversión y para calmar, ligada al conflicto neurótico desencadenado entre dichas tendencias y el yo que se opone a su realización²¹³. A partir de esta primera versión nosográfica surgen la melancolía (con fantasmas de aniquilamiento sobre el yo) y la esquizofrenia con la presencia de la disgregación.

Por otro lado, la epilepsia le generó al autor una matriz de tratamiento a partir del shock convulsivo. La explicación sobre la necesidad de provocar una convulsión epiléptica era que, con la descarga convulsiva en el epiléptico, se intentaba resolver la tensión que existía entre el yo y el superyó, ya que descargaba energías relacionadas con el instinto de muerte y la libido homosexual. Sostenía que el psicótico no epiléptico no tenía un mecanismo para realizar esta descarga. Como conclusión, decía que era necesario provocar una epilepsia artificial en estos enfermos a partir del shock convulsivo. Vezzetti explica que para Pichon Rivière la terapéutica convulsivante no significaba una propiedad curativa, sino que hacía posible una operación sobre el yo²¹⁴.

El médico nacido en Suiza consideraba que el psicótico, a través del tratamiento de shock, modificaba el aspecto cuantitativo de sus tensiones

²¹¹ Vezzetti (1996a), pp. 255-256.

²¹² Pichon Rivière, E. (1946), “Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia”, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 4, n° 1, pp. 1-22.

²¹³ Pichon Rivière (1946).

²¹⁴ Vezzetti (1996a), pp. 258-259.

instintivas, al descargar su agresividad por medio de la convulsión y el coma, denominados “mecanismos de muerte”. Aclaraba que las condiciones psicodinámicas que habían motivado la esquizofrenia no se modificaban. Los contenidos patológicos solamente se reprimían al disminuir sus cargas, y permanecían más o menos inactivos en el inconsciente durante cierto tiempo hasta que hacían su nueva aparición. Sostenía que la insulino terapia lograba en cierto momento que disminuyera la intensidad de las represiones y que se desbloquearan los contenidos reprimidos. Así el paciente pasaba a ser neurótico y a generar transferencia con el médico momentáneamente. El tratamiento debía comenzar con shock hipoglucémico y, en el caso de fracasar éste o de haberse reducido totalmente la sintomatología psicótica del enfermo, debía recurrirse al cardiozol o al electroshock²¹⁵.

Por último, en relación con el procedimiento, Pichon Rivière sostenía que el médico que realizaba la psicoterapia no debía ser el mismo que aplicara los tratamientos biológicos porque esto podía generar un aumento de ansiedad en el enfermo y provocar que se retirase a posiciones más lejanas a la realidad. Decía que el tratamiento psicoanalítico para la esquizofrenia difería del tratamiento con el neurótico en relación con la conducta del analista pero no desde su dinámica. En ambos casos se giraba alrededor de la transferorresistencia. La psicoterapia en la esquizofrenia dependía del hecho de que el analista comprendiera la importancia de estos fenómenos de transferencia y de que lograra enfrentarlos de manera apropiada. Así, marcamos los aportes de dos referentes del psicoanálisis sobre las psicosis y el tratamiento de las mismas. Estos trabajos demuestran los cruces epistemológicos de la psiquiatría en busca de respuestas sobre la patología mental, y el interés de diferentes ramas de la disciplina por la psicosis.

Como tercera aproximación terapéutica a la esquizofrenia, ya en la década de 1960 localizamos los trabajos sobre psicofármacos. No fueron numerosos los artículos que encontramos sobre esta temática y la mayor parte de los mismos fueron muy técnicos y desarrollaban las características farmacológicas de las drogas. En esta línea ubicamos los trabajos de Edmundo Fischer, profesor contratado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos

²¹⁵ Pichon Riviere (1946).

Aires, y jefe del Laboratorio de Psicofarmacología y Neuropsiquiatría Experimental del Hospital Nacional Neuropsiquiátrico. En uno de sus textos realizaba un recorrido por lo que llama la prehistoria y la historia de la psicofarmacología sin hacer mención específicamente a sus usos para la esquizofrenia, sino más bien un recorrido teórico por lo que denomina como acción de agentes químicos sobre funciones del organismo vivo: farmacología.²¹⁶

En otro artículo de Fischer se refería a los tranquilizantes, y como punto de partida realizaba una división entre antineuróticos y antipsicóticos que luego fueron llamados psicolépticos²¹⁷. Se desarrollaba en profundidad las características de estas drogas y sus efectos. Se indicaba que el modo terapéutico para utilizarlo era en presencia de los síntomas, y su acción era a partir de generar mayor indiferencia ante los mismos. Además sobre este tipo de terapia se destacaba que servía para tratar la esquizofrenia²¹⁸.

Otro grupo de trabajo que encontramos fueron ponencias del II Congreso Argentino de Psiquiatría (Mar del Plata), realizado en noviembre de 1960. En este espacio hubo una mesa de trabajo dedicada a la psicofarmacología clínica. Los dos trabajos que destacamos estuvieron a cargo de psiquiatras que trabajaron en servicios psiquiátricos de diferentes hospitales. En primer lugar

²¹⁶ Fischer, E. (1961), "Algunos Aspectos Psicofisiológicos de la Psicofarmacología", *Psiquiatría* n° 1-4, pp. 61-66.

²¹⁷ Caroline King y Lakshmi Voruganti sostienen que desde la segunda mitad del siglo XX las drogas utilizadas para los tratamientos de esquizofrenia y otras psicosis fueron nominadas de diferentes modos: tranquilizantes, neurolépticos, antipsicóticos, entre otros. Por la necesidad de utilizar estos términos, éstos fueron aceptados por el campo psiquiátrico sin mucho debate respecto de sus implicaciones personales, clínicas y sociales. La aparición de una nueva generación de antipsicóticos y de nuevas estrategias en los tratamientos destaca la necesidad de reexaminar las clasificaciones y los nombres elegidos para los psicotrópicos en general y para los antipsicóticos en particular. Ante este hecho, las autoras concluyen que, al analizar desde la historia los nombres propuestos para las drogas utilizadas para el tratamiento de la psicosis, queda manifestada la relación entre las creencias personales, el pensamiento racional, consideraciones prácticas y valores sociales que dan forma a los procesos científicos. Véase King, C., Lakshmi, N. y Voruganti, O. (2002), "What's in a name? The evolution of the nomenclature of antipsychotic drugs", *Journal of Psychiatric and Neuroscience* Vol. 27, n° 3, pp. 168-175.

²¹⁸ Fischer, E. (1961), "Algunos enfoques clínicos de la psicofarmacología", *Psiquiatría*, Vol. 3, n° 1, p. 67.

nos referimos a un trabajo del reconocido psiquiatra Mauricio Goldemberg²¹⁹ y sus colaboradores²²⁰. Este grupo de psiquiatras que trabajaron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Policlínico de Lanús, con Mauricio Goldemberg a la cabeza, desarrollaron su relato a partir de una situación general de la aparición de las psicodrogas, marcando beneficios e inconvenientes de su uso, y luego describieron algunas cuestiones sobre su propia experiencia clínica.

El artículo ubicaba en 1951, con los trabajos de J. Delay²²¹ y colaboradores los primeros trabajos sobre clorpromazina que poseían efectos en la esquizofrenia, en los cuadros de excitación y en los delirios crónicos. Se decía que estos estudios abrían una nueva etapa de investigación, experimentación y clínica para la psiquiatría. A partir de esta sustancia se habían multiplicado de tal manera las drogas y los trabajos sobre las mismas que les resultaba complejo a los médicos estar al día con las lecturas de los mismos. Hacían un paralelismo entre la trascendencia que los psicofármacos implicaban para la disciplina, con lo que había significado el psicoanálisis y las terapias de choque. De este modo hacían hincapié en los cambios que implicaba para la clínica: el uso de las mismas -ya sea solas o combinadas con otras terapias- podían controlar síntomas, como por ejemplo los cuadros psicóticos agudos. Se decía también que a partir de las psicodrogas, se suprimían “medidas agresivas” para con los pacientes: disminuía el uso de chaleco de fuerza y otras indicaciones terapéuticas traumáticas, se practicaba menos terapia de choque eléctrico, de insulina y psicocirugías.

²¹⁹ Mauricio Goldemberg fue uno de los psiquiatras más reconocidos del país por su labor a partir desde 1956 en la dirección del Servicio de Psicopatología del Hospital Gregorio Aráoz Alfaro –“El Lanús”–, espacio emblemático para la historia de la psiquiatría argentina previa a la última dictadura militar. Sobre esta temática véase Carpintero, E. y Vainer, A. (2004), *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*, tomos I y II, Buenos Aires, Topía; y especialmente Visacovsky, S. (2002), *El Lanús, memoria política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires, Alianza.

²²⁰ Goldemberg, M., Bar, L., Caparrós, A., Casarino, M., Germano, C., Hammond, H., Kesselman, H. y Sluzki, C. E. (1961), “Nuestra experiencia en psicofarmacología clínica. Segundo Congreso Argentino de psiquiatría. Tema II: Psicofarmacología clínica. Acta Neuropsiátrica Argentina”, t. 7, pp. 83-84.

²²¹ Jean Delay, junto con Pierre Deniker y J. M. Harl escribieron en 1952 un artículo titulado “Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective”, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, n° 110, pp. 112-117. Éste fue el primer trabajo sobre el uso terapéutico de la clorpromacina en la esquizofrenia.

Se consideraba también que a partir de este cambio terapéutico se podían disminuir los tiempos de internación y tratar a casos con psicosis en grupos terapéuticos y laborterapia, siendo más simple su reintegración social. Además marcaban que para el psiquiatra, el trabajo con pacientes que tomaban psicofármacos les permitía estar más tranquilos y ser más productivos. Por último se destacaba la posibilidad de integrar a los pacientes con cuadros mentales en las salas de hospitales generales ya que éstos se mantenían tranquilos. Otra faceta que se elogiaba de la llegada de estos medicamentos era las condiciones que brindaban para entender las etiologías de las enfermedades mentales. Esto era posible a partir de estudios del metabolismo cerebral y de mecanismos enzimáticos, fisiológicos y fisiopatológicos²²².

Luego de desarrollar los puntos positivos de la presencia de estas drogas, los autores se ocuparon de las complejidades del uso de las mismas. Como primer punto destacaron de la dificultad de la aplicación por desconocer las conexiones entre partes del sistema nervioso y el psiquismo humano; estos fármacos buscaban atacar cierto síntoma aislado mientras que el cerebro lo entendían como una unidad funcional. Además se enunciaba a modo de problemas de uso la complejidad, la falta de especificidad de su acción, las dificultades de dosificación, el tiempo de aplicación, la variabilidad de reacciones, los efectos tóxicos y secundarios²²³.

Como punto más destacado de las oscuridades del uso de estos medicamentos, fue la complejidad de entender las individualidades y cómo éstas la patología mental afectaban en cada caso. El artículo hablaba también del efecto placebo de la droga y explicaba desde una perspectiva psicoanalítica que el vínculo con la misma generaba una relación objetal significativa para su yo. Por lo tanto el psiquiatra debía manejar esta situación e indicar la sustancia sin pretender más de ellas de lo que éstas podían generar. Un último problema que se manifestaba, que se vincula con nuestra investigación, era la dificultad de medicar según los diversos diagnósticos cuando las interpretaciones acerca de los diagnósticos cambiaban tanto entre psiquiatras²²⁴.

²²² Delay, Deniker y Harl (1952), pp. 83-84.

²²³ Delay, Deniker y Harl (1952), 83-85.

²²⁴ Delay, Deniker y Harl (1952), 85-86.

Cuando los autores mencionaban sus prácticas hospitalarias describían el uso mezclado de distintas drogas como promazinas, barbitúricos y meprobamatos en forma de cóctel, varias veces al día. De este modo controlaban la ansiedad y agresión tanto de neuróticos como de psicóticos. A partir de la aplicación de estas drogas, los autores describían que podían practicar psicoterapias y terapias biológicas en el caso de que éstas fueran necesarias, lo que nos habla un vez más de la combinación de diversas terapias. Además explicaban que el control que permitían estas drogas había disminuido la derivación a hospitales psiquiátricos²²⁵. Para el caso particular de las esquizofrenias se comentaba que se los medicaba con clorpromazina y unos pocos con trifluoperazina, ambas se utilizaban junto con otras drogas, además se les realizaba electroshock y psicoterapia²²⁶.

Por otra parte, ubicamos otro artículo a cargo de Ramón Melgar, jefe de Servicio del Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres y Titular de la cátedra de Psiquiatría entre 1967-1969, y otros médicos de la sala N°1 de hombres de dicho hospital. En esta oportunidad se ocupaban de la trifluoperacina²²⁷. Se describía que la droga era un derivado de la fenotiacina y que actuaba en procesos fisiológicos y psíquicos integrados en el sistema nervioso central, el autónomo y los sistemas endócrinos²²⁸. El texto primero describía esta droga desde su aspecto farmacológico y luego relataba la casuística realizada en diversos espacios hospitalarios, entre ellos en la Asociación Americana de Psiquiatría de Miami en 1958, y finalmente comentaban casos propios. En uno de los grupos descritos hablaban de 18 pacientes afectados con esquizofrenia de curso crónico. En todos los casos se les había practicado electroshock y shock insulínico. Luego se los había tratado con psicodrogas sin presentar mejorías. Se ocuparon de describir -más allá de la falta de mejoras profundas- que la droga que en esta oportunidad

²²⁵ Delay, Deniker y Harl (1952), pp. 86-87.

²²⁶ Delay, Deniker y Harl (1952), pp. 85-89.

²²⁷ Otro trabajo sobre esta droga que encontramos en nuestras fuentes fue Luna, H., Fernández Amallo, J. A., Cacliotti, C. y Bucich, G. (1969), "La trifluoperacina en la esquizofrenia. Su uso intratecal", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* Vol. XV, n° 1, pp. 91-95.

²²⁸ Melgar, R., Rodríguez Villegas, R., Weledniger, L. y Luna, H. M. (1961), "La Trifluoperacina en el Tratamiento de las Esquizofrenias Crónicas. Correlato al 2º tema del II Congreso Argentino de Psiquiatría (Mar del Plata) Noviembre de 1960", *Psiquiatría*, Vol. 3, n° 1, pp. 51-62.

analizaban, quebrantaba el replegamiento autístico y lo acercaba al paciente a su ambiente, brindándole una mejor ubicación en su entorno y una mejor atención, pero no actuaba sobre alucinaciones y delirios. Como efectos secundarios se describían somnolencia, sopor, temblores de extremidades, pérdida de fuerza, sensaciones cenestésicas, desasosiego, angustia, precordialgias y extrapiramidalismo²²⁹.

Este desarrollo en los artículos sobre psicofármacos, nos permite conocer el interés que había generado la temática entre psiquiatras, al punto de incluirlo en los eventos científicos que organizaban. Además en las características de sus producciones encontramos dos puntos clave: primero la preocupación por encontrar los orígenes de esta nueva terapéutica y entender las drogas a partir de su farmacología, y segundo cómo era su aplicación clínica –beneficios y limitaciones-, lo que les permitía contar sus propias experiencias hospitalarias. Retomando el desarrollo teórico sobre todas las terapias, el derrotero por los diversos autores nos permite observar la presencia de las terapéuticas para la psicosis desde distintas posiciones teóricas y en diferentes ámbitos de reconocimiento. No era lo mismo al momento de escribir sobre un cambio revolucionario para la psiquiatría como fue el ingreso de los psicofármacos, para defender una tesis doctoral, que ser un médico reconocido y escribir sobre este punto entre tantos otros –como es el caso de Bosch–, o ser un referente en la disciplina psicoanalítica y generar teoría a partir de ciertas ideas sobre la psicosis y su posible tratamiento. Además, la idea de cura era diferente según la postura teórica que se seguía: mientras el utópico punto de llegada en las terapias biológicas era la cura, para los psicoanalistas los tratamientos buscaban manejar un síntoma. El psicofármaco se ubicaba entre ambas. Como mencionamos anteriormente, la idea unificada fue el uso combinado de las terapias de shock y farmacológicas con las psicoterapias: algo así como “paquetes” terapéuticos posibles de aplicar ante la patología de la esquizofrenia.

²²⁹ Melgar, Rodríguez Villegas, Weledniger y Luna (1961), pp. 60-61.

4.5- Algunas ideas finales

En este capítulo analizamos las producciones teóricas realizadas por autores argentinos sobre la demencia precoz y la esquizofrenia. Es decir, buscamos entender qué escribieron estos médicos sobre los diagnósticos que utilizaban en el trabajo clínico en la institución hospitalaria, tomando como caso de estudio estas dos nosologías claves de la psiquiatría del siglo XX, que fueron también las más usadas en el hospital de Lomas de Zamora. Como fuimos explicando en distintos momentos de esta tesis, por cuestiones de necesidades narrativas, y por la complementariedad entre los dos acervos de fuentes principales que utilizamos, analizamos primero el trabajo clínico y luego la producción teórica, para poder encontrar esa relación dialéctica e interactiva entre ambos lados del trabajo psiquiátrico, que decidimos nombrar “ojo clínico”. En esta producción teórica notamos la presencia de diversas ideas desarrolladas por autores extranjeros, que se combinaron de modo peculiar en el ámbito argentino. Aquéllas eran interpretadas y utilizadas a partir de las necesidades y particularidades del contexto local y de las condiciones de interpretación de dicho contexto. Así como se importaron nosologías y referentes, también se adoptaron debates y críticas que fueron reinterpretados según los propios debates locales. Entendemos entonces estas modificaciones como un proceso lógico, puesto que las ideas que viajaban desde su lugar de origen hacia otro contexto, se interrelacionaban con las producciones locales y con cierta ideología e idiosincrasia de los médicos, marcados por la pertenencia a un contexto particular.

Además, en los artículos escritos por los psiquiatras argentinos, encontramos constantemente referencias de las producciones de sus colegas. Este hecho indica que los profesionales consumían los trabajos locales, y que entre los participantes de la disciplina había una importante circulación de revistas sobre psiquiatría. Notamos también que los trabajos referidos a las patologías de demencia precoz y esquizofrenia estuvieron en manos tanto de los “grandes nombres” de la disciplina, como de psiquiatras que trabajaban en diversos espacios académicos u hospitalarios, ya sea que habían participado en cierto evento científico, o que pretendían exponer algún trabajo clínico propio sobre ciertas nociones teóricas.

En cuanto proceso diacrónico, destacamos que los cambios en el uso de ciertas nosologías pueden ser visto en un *tiempo medio*, donde el abandono de ciertas ideas no sucede de un momento a otro, más bien son procesos con sus rasgos particulares. Además, es preciso entender que no siempre hubo una mirada unívoca entre los médicos al enfrentarse a la patología mental y existieron distintas posturas que convivieron en los mismos períodos. Un ejemplo concreto donde se puede destacar este *tiempo medio*, es a partir de la producción teórica sobre el diagnóstico de demencia precoz primero y esquizofrenia después. Ubicamos un primer artículo sobre esquizofrenia en 1929 y un último artículo sobre demencia precoz en 1943, por lo que notamos un espacio temporal de superposición en la escritura sobre ambas patologías de 14 años.

Consideramos que el análisis de las producciones teóricas a partir de artículos científicos es una posible puerta de entrada para entender cómo pensaron los psiquiatras su práctica disciplinar, y con qué concepciones se enfrentaron a sus pacientes en los espacios hospitalarios. Sostenemos que al mismo tiempo que las nociones patológicas se fueron construyendo y redefiniendo durante el siglo XX, también los psiquiatras fueron encontrando su lugar en la sociedad y su función frente a la enfermedad mental, proceso de redefinición que continuó hasta las últimas décadas del siglo pasado.

A pesar de ser éste el centro de nuestro interés, sabemos que el desarrollo teórico sobre las psicosis no fue el tema más relevante de las investigaciones de estos profesionales. A modo de suposiciones, presentamos posibles causas que llevaron a los médicos argentinos a desarrollar otras cuestiones vinculadas con la psiquiatría antes que investigaciones referidas a la psicosis: primero, la cercanía a la teoría psicoanalítica desde las primeras décadas del siglo XX y la preocupación por la neurosis y el desarrollo de terapias como la hipnosis. Segundo, como sostiene Talak, la preocupación por cuadros psiquiátricos leves, que tuvo más relevancia en nuestro país principalmente con el desarrollo de la LAHM²³⁰. Además el trabajo con psicosis implicaba centrar la mirada en los espacios hospitalarios. Los psiquiatras trataron de alejarse cada vez más de estas instituciones con el avance de la última centuria, ya que el desarrollo de

²³⁰ Talak (2005), pp. 563-599.

la disciplina y el medio por el cual estos médicos consiguieron respeto y aceptación, pasaba cada vez más por otros espacios –como el peritaje psiquiátrico en el ámbito judicial y la práctica psicoanalítica–. De igual modo, con la llegada primero de las terapias de shock y luego de los psicofármacos, la producción teórica sobre la aplicación de estos tratamientos en casos de psicosis, hizo que la teorización sobre esta patología cobrara más relevancia para la disciplina.

CAPÍTULO V

Las terapias: muchos tratamientos para unas pocas pacientes

5.1- Introducción

Este capítulo trata sobre diversas terapias psiquiátricas que fueron aplicadas al grupo de pacientes del Hospital Esteves que analizamos a lo largo de esta tesis, quienes –como ya fue mencionado– murieron en la institución. Si de práctica psiquiátrica se trata, el registro en las historias clínicas de la aplicación de distintas terapias es un modo privilegiado de entender cómo se llevaron al hospital las herramientas teóricas vigentes en el mundo, cómo se utilizaron las nuevas tecnologías que llegaban a la institución y qué vinculaciones hubo entre los tratamientos y los diagnósticos psiquiátricos. De este modo, a partir de la intervención terapéutica, rastreamos los cambios en el “ojo clínico” de los psiquiatras del Esteves.

Con el uso de ciertas terapias de choque primero, y de medicamentos desde la década del cincuenta, la práctica psiquiátrica comenzó a equipararse con las restantes especialidades médicas. A su vez, la inclusión de los psiquiatras como agentes de salud en las instituciones públicas –con un saber específico en el ámbito de la salud mental– les permitió ocupar un lugar de prestigio y reconocimiento entre sus pares.

Este capítulo, como cada uno que fuimos desarrollando, responde a su propia periodicidad. Pero para la temática de las terapias, es posible encontrar un orden más claro, ya que hicieron su aparición en la institución en la medida que se fueron implementando a nivel mundial; y así encontramos un aspecto de la investigación que atraviesa todo el arco temporal en estudio.

La aplicación de estos tratamientos en una institución como la de Lomas de Zamora, creada para “descongestionar” al HNA de pacientes que se consideraban intratables, nos lleva a leer los documentos desde dos hipótesis a primera vista opuestas: la primera sería que las pacientes de la institución habrían sido consideradas “curables” en algún momento de su internación y por eso se les aplicaron estos tratamientos; y la segunda, que el hospital habría sido entendido como un “laboratorio” para probar con pacientes crónicas terapias que fueron entrando al país al poco tiempo de surgir, y que se usaban

en países europeos y en Estados Unidos. A partir del desarrollo de este capítulo, analizaremos si es posible inclinarnos por alguna de estas conjeturas. Una segunda parte del capítulo está conformada por el relato y análisis sobre la experiencia de comunidades terapéuticas en el Hospital Esteves entre 1969 y 1971. Este proyecto piloto surgió en un momento en el que ya se realizaban cambios en la institución, con la incorporación de profesionales de la salud tales como psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales; además de registros de tests y entrevistas psicológicas, talleres terapéuticos y la búsqueda por incorporar cuestiones vinculares y familiares a los procesos de las pacientes. A pesar de no haber sido el único cambio realizado en el Hospital, tomamos el hito de las comunidades terapéuticas para cerrar esta investigación, porque consideramos que fue en este espacio donde se presentó otro modo de entender la enfermedad mental y el trabajo psiquiátrico, que marcó un quiebre respecto de los rasgos descriptos en esta tesis para los hospitales, y que fue una experiencia de vanguardia –entre otras que sucedieron en el país– para lo que sería la psiquiatría argentina desde los años setenta en adelante.

En lo que refiere a la organización metodológica, el trabajo con las historias clínicas fue realizado de dos modos diferentes: por un lado, utilizamos datos cuantitativos relativos a las terapias de shock (insulina, cardiozol y eléctrica), suministro de psicofármacos y realización de entrevistas psicológicas, ya que la presencia o no de estos tratamientos (los que más figuran en los expedientes médicos), fueron relevados en el total de los casos analizados. Además, realizamos un análisis cualitativo sobre algunas terapias cuya presencia no es numerosa en las historias clínicas, pero que son importantes de investigar, por diversos motivos que serán desarrollados a lo largo del trabajo. De este modo relevamos datos sobre malarioterapia, psicocirugías y laborterapia.

Además de la labor con los expedientes médicos, la búsqueda por entender estos aspectos clínicos en la institución nos invitó a relevar artículos científicos sobre estas terapias y a buscar otros documentos en los que se mencione la adquisición de aparatos o la organización de algunos de estos tratamientos. Por último, rastreamos en la prensa escrita la experiencia piloto de comunidades terapéuticas. Conjuntamente, nos interesó indagar historiografía especializada para entender cómo se analizan algunas de estas terapias

psiquiátricas como problema histórico y cuáles son las discusiones más relevantes sobre este objeto de estudio.

La estructura del capítulo es la siguiente. En un primer apartado realizamos un breve análisis cuantitativo sobre la aplicación de terapias en el Esteves según los casos trabajados. Luego dividimos las terapias en dos partes: en la primera ubicamos lo que podríamos llamar las terapias “tradicionales” de un hospital psiquiátrico: laborterapia, malarioterapia, terapias de shock, psicofármacos. En la segunda, describimos brevemente las prácticas psicológicas que se hicieron en el hospital y luego desarrollamos la experiencia piloto de comunidad terapéutica.

5.2- Descripción de los casos analizados

Para el análisis cuantitativo de la aplicación de terapias en el Hospital Esteves, decidimos considerar específicamente aquellos tratamientos que más se repiten en las historias clínicas con las que trabajamos. Registramos así la aplicación de terapias de shock (insulínico, cardiozólico y eléctrico), psicofármacos y entrevistas psicológicas. Como primer dato analizamos que el 35% de las pacientes de los casos analizados, recibieron alguna de estas terapias o la combinación de varias de ellas. La categoría que denominamos “combinadas” podría aplicarse en casi la totalidad de los casos, y consistió en el uso de terapias farmacológicas con algún otro tratamiento¹.

Cuadro N° 7: Pacientes con "terapias combinadas": frecuencia y desglose

Casos	Psicoterapia	Terapia de shock	Terapia farmacológica	Examen psicológico
2				
8				
1				

¹ En el análisis cuantitativo de las pacientes que recibieron terapias, no contamos con la fecha exacta de su aplicación, ya que no todas las historias clínicas tenían este registro; por lo que tratamos de entender esta periodización en el cruce entre la fecha de admisión de las pacientes y las décadas en las cuales surgieron estas terapias. Para los casos que desarrollamos en profundidad, están contempladas las fechas exactas de aplicación de los tratamientos.

79				
1				
13				

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

Pero fue recién en la década de 1960 cuando el número de pacientes que recibieron terapias fue mayor que el de aquellas que no lo hicieron. Es decir que desde la aparición de estos tratamientos hasta la última década de nuestro estudio, nos encontramos con una doble realidad en el hospital: por un lado, una institución en la que se practicaban las terapias en boga a nivel mundial –a un número reducido de la población-, y por otro lado, una mayoría de pacientes crónicas que no recibían ningún tratamiento.

Las terapias que más se practicaron fueron las de shock y los psicofármacos (cómo se muestra en la cuadro N° 8)². A partir de su llegada en la década de 1950, los psicofármacos fueron utilizados en un mayor número de casos y poco a poco desplazaron a las terapias de shock. Consideramos que este hecho puede responder principalmente a que su aplicación era más fácil y requería de menos personal que las terapias de choque, y también a la “eficacia” de los psicofármacos, pues a partir de las descripciones de algunos expedientes médicos sabemos que el uso de los mismos permitió controlar los pabellones y mantener tranquilas a las mujeres. De este modo, la mayor “eficacia” de esta terapéutica implicó en primer lugar permitir el control de la población psiquiátrica, al modo de *amansamiento* por efectos químicos.

Cuadro N° 8: Terapias practicadas en el Hospital Esteves

Terapias	Pacientes que las recibieron	Porcentaje
Shock	51	3,8%
Psicofármacos	296	22,2%
Examen psicológico	3	0,2%
Psicoterapia	1	0,1%

² Si sumamos las pacientes que recibieron terapia de shock como única terapia, con los casos que se aplicaron shock combinada con otras (132 casos), vemos que esta terapia fue la más utilizada luego de los psicofármacos.

Combinadas	104	7,8%
Sin terapia	876	65,8%
Total casos	1331	

Fuente: Elaboración propia a partir Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

Contamos con las fechas de ingreso de las pacientes, de modo que podemos conocer que a las mujeres que ingresaron antes de la década de 1930 prácticamente no se les efectuó ninguna terapia; probablemente porque se trataba de mujeres que llevaban varias décadas internadas (ya que sabemos que las terapias de shock surgieron entre la década de 1920 y 1930), y que sus cuadros psiquiátricos ya presentaban cierta cronicidad. Además, relevamos que las mujeres que entraron en la década de 1960 fueron las primeras en recibir una variedad de terapias, no tan sólo las de shock o psicofármacos. La presencia de ciertas entrevistas y de test psicológicos realizados en esta década, así como la mención a trabajadoras sociales, talleristas y psicólogas, a pesar de su baja cantidad, nos va mostrando nuevos rasgos en la institución que, a nuestro entender, tuvieron su punto más alto de desarrollo a fines de la década de 1960 con la experiencia piloto de las Comunidades Terapéuticas.

El tratamiento que más recibieron todos los cuadros de psicosis fue farmacológico, en segundo lugar, la combinación de diversas terapias; y en tercer lugar se aplicó shock. El uso de psicoterapia y examen psicológico fue prácticamente nulo desde el aspecto cuantitativo, y figura en historias de pacientes ingresadas desde la década de 1960. El cuadro N° 9 continúa la clasificación de diagnósticos descriptos en el capítulo tres de la tesis, y grafica los números antes mencionados.

Cuadro N° 9: Aplicación de tratamiento según diagnósticos

Diagnósticos	Cantidad de pacientes	Pacientes que recibieron terapia	Porcentaje
Esquizofrenia y demencia precoz	247	91	37%
Demencia	207	53	26%

Delirio	168	31	18%
Múltiple	164	68	41%
Otras psicosis	105	64	61%
Paranoia	17	14	82%
Totales	907	321	35%

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.³

El cuadro presenta dos extremos: las pacientes con delirio, que prácticamente no recibieron terapia y las mujeres diagnosticadas con paranoia que recibieron terapia casi en su totalidad⁴. Los dos motivos que suponemos que explican los tratamientos de prácticamente todas las paranoicas fue, primero la necesidad de controlar sus síntomas y poder mantener un ambiente tranquilo en los pabellones, y segundo que la paranoia fue la última de estas patologías en aparecer entre los diagnósticos del Esteves, y como ya mencionamos, cuanto más avanzamos en el tiempo de nuestro arco temporal, más terapias recibieron las pacientes.

El segundo grupo que más terapias recibió fue el de "otras psicosis". Más de la mitad de ellas recibieron terapias, como muestra el cuadro N° 10. En este grupo se destacan las pacientes con cuadros que refieren a la epilepsia y diagnósticos vinculados a la senilidad. Por último, podemos notar que los cuadros clínicos que recibieron más cantidad de tratamientos fueron la demencia precoz y la esquizofrenia (si trabajamos con los totales), pues no debemos olvidar que también fueron los diagnósticos más numerosos.

Cuadro N° 10: Aplicación de tratamiento según diagnósticos en pacientes con "otras psicosis"

	con terapia	sin terapia	Totales

³ Recordamos que denominamos "otras psicosis" a una cantidad importante de diagnósticos variados que no tenían una representación cuantitativa suficiente para ser analizados individualmente, y el grupo "múltiple" está conformado por aquellos casos que presentaron varios cuadros patológicos, y que no podemos saber si estos diagnósticos les fueron adjudicados a las mujeres en una única admisión o si fueron variando a lo largo del tiempo.

⁴ No debemos olvidar que dichos casos representan sólo el 1% de las psicosis.

Diagnósticos que refieren a epilepsia	14	9	23
Diagnósticos vinculados a senilidad	35	18	53
Otros	14	15	29
Totales	63	42	105

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

A partir de todo lo antes mencionado, sostenemos la hipótesis de que el perfil del “hospital para crónicas” habría comenzado a cambiar con la llegada de estas terapias, y por lo tanto el modo de entender los cuadros padecidos por estas mujeres también; pero al mismo tiempo seguía existiendo una mayoría de pacientes no tratadas que habitaban la institución y que murieron en ella.

Primera parte

5.3- Laborterapia ¿una necesidad económica o una modalidad terapéutica?

En el desarrollo de la psiquiatría mundial, el trabajo se convirtió en un medio para tratar la locura como parte del tratamiento moral durante la segunda mitad del siglo XVIII. Con la laborterapia, puesta en marcha primero en Italia, luego en Inglaterra y en Francia, se pretendía humanizar el trato de los enfermos mentales, y transformar su conducta sin recurrir a la fuerza o a los diversos medios de contención (cadenas y jaulas). Los textos científicos destacan aún hoy como uno de los fundadores de este tratamiento, al francés Philippe Pinel, quien sostenía que el trabajo mecánico era el único medio para mantener la salud y el orden, además de constituir un signo de dignidad humana, pues representaba el punto de enlace entre el aislamiento tras los muros de un manicomio y el retorno a la vida social⁵.

En la segunda mitad de siglo XIX y con el crecimiento del número de enfermos crónicos, el panorama del tratamiento moral se modificó (a pesar de que los

⁵ Sacristán (2005), p. 678. Véase Weiner, Dora B. (2002), *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 209-215.

abusos hacia los enfermos disminuyeron), por lo que se buscó otro instrumento terapéutico lejos de los asilos: las colonias agrícolas, que se pusieron en marcha tanto en Europa como en Estados Unidos y en América Latina. Aunque en un primer momento se pensó en el trabajo en estos espacios como medio terapéutico sin importar la cuestión económica, la historiografía explica que, debido a las carencias de presupuesto que caracterizaban a estas instituciones y al desarrollo cada vez más acelerado de la economía capitalista, los propósitos terapéuticos pasaban a segundo plano⁶. La autora mexicana Cristina Sacristán sostiene:

“Al mostrar su capacidad productiva se proyectaba una imagen del loco que disminuía su otredad en tanto no había roto totalmente con el vínculo social, porque el fundamento de una sociedad armónica se encontraba en el trabajo”⁷.

De este modo, desde la historia social y cultural de la psiquiatría, se destaca que fue en el marco de una economía capitalista que se vinculó la adaptación a la realidad con una actividad productiva: el trabajo⁸.

La historiografía local ubica la laborterapia como un elemento fundamental en la aplicación del tratamiento moral. En este marco, los “locos” cumplían un rol suplementario en la estructura del hospital, supliendo una carencia de personal, pero además, como parte del tratamiento moral se sostenía la virtud terapéutica del trabajo dentro de sus objetivos morales⁹. Desde el discurso higienista, el trabajo formaba parte de las virtudes ciudadanas que se esperaba de los sectores desposeídos¹⁰. De este modo las damas de la caridad, ocupadas de administrar el hospital que investigamos –destinado a estos sectores sociales-, se manifestaban sobre el papel del trabajo en la institución. Al mismo tiempo, desde la mirada del médico alienista, se sostenía que el trabajo como herramienta técnica de la medicina, era un modo de alejar la

⁶ Sacristán (2005), p. 679. Véase Méda, Dominique (1998), *El trabajo, un valor en peligro de extinción*, Barcelona, Gedisa.

⁷ Sacristán (2005), 683.

⁸ Sacristán (2005), p. 683.

⁹ Vezzetti (1985), p. 75.

¹⁰ Vezzetti (1985), p. 76

razón de los enfermos de pensamientos confusos, y buscar reincorporarlos a la sociabilidad y el orden¹¹.

Para fines de la década de 1880, Domingo Cabred inició el Sistema Psiquiátrico de Puertas Abiertas, que se consolidó con la inauguración de la Colonia Nacional de Alienados Open Door. Bajo este nuevo modelo de hospital, se presentaron algunos rasgos diferentes en el trabajo. Por una parte, se incorporó el peculio, es decir un beneficio económico para los pacientes (del cual no tenemos registro para el caso de Lomas de Zamora). Por otra parte, se sumaron actividades como el cultivo de tierras y se sostuvo que en el proceso de crecimiento de las ciudades, el campo era per se un elemento terapéutico. Notamos entonces, que la ubicación misma del Asilo de Lomas de Zamora era entendido para la época como una ventaja en el tratamiento de las mujeres. Expresamos esto sin perder de vista que las posturas sobre la creación del Asilo de Lomas de Zamora estuvieron divididas entre las damas de la beneficencia y la corporación médica, y que entre médicos también se presentaron posturas adversas. Como explicamos en el capítulo dos, excepto algunas opiniones aisladas, por lo general se sostenía que el Anexo no era una Colonia del HNA y que allí no se practicarían terapias. Por lo antes dicho, en este apartado buscamos problematizar en el caso del Esteves cómo fue la concepción del trabajo, a partir de analizar cómo fue el registro en las historias clínicas de estas actividades y relacionarlo con descripciones realizadas en otras instituciones y en los documentos de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal.

En 1910, a dos años de la apertura del Anexo de Lomas de Zamora, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal realizó un álbum de fotos donde aparecían todas las instituciones a su cargo, y entre ellas encontramos el registro del Hospital Esteves con imágenes de sus pacientes realizando diversos trabajos (lavado, planchado y horticultura). A continuación presentamos algunas de estas imágenes, de las cuales podemos destacar ciertos aspectos: no se muestran pacientes con el cabello cortado como melena (que, como vimos en capítulos anteriores, era muy común); su vestimenta se encuentra impecable, al igual que los espacios que se exponen

¹¹ Vezzetti (1985), pp. 76-77.

en las fotos, y en todas ellas se ve tranquilidad y orden. Entendemos que estas imágenes tienen un carácter más de montaje que de captura de un instante de la cotidianidad de la institución, y que a través de él podemos entender la importancia que se le daba al trabajo. Las fotos manifestaban entonces resultados favorables en la aplicación del trabajo en el hospital, hecho que favorecía a las administradoras del mismo, pero también implicaba el funcionamiento del tratamiento moral por parte de los médicos. Espacios como este álbum eran la excusa perfecta para las damas de la caridad de magnificar los logros de sus instituciones, es por eso que se muestra una buena organización, con el objetivo de transmitir que todo funcionaba en un marco de absoluta limpieza, por ejemplo al resaltar el color blanco como símbolo de pulcritud y orden¹².

¹² Sobre el uso de la fotografía por la Sociedad de beneficencia de la Capital Federal véase Lorenzo, M. F., Rey, A. L. y Tossounian, C. (2005), "Images of Virtuous Women: Morality, Gender and Power in Argentina between the World Wars", *Gender & History*, Vol. 17, n° 3, pp. 580-581. Para más sobre el uso de fotografías véase Gillian, R. (1997), "Engendering the Slum: Photography in East London in the 1930s", *Gender, Place and Culture*, n° 4, pp. 277-300; Príamo, L. (1999), Fotografía y vida privada 1870-1930, en Devoto, F. y Madero, M. (eds.), *Historia de la vida privada en la Argentina*, vol. 2: "La Argentina Plural 1870-1930", Buenos Aires, Taurus, pp. 275-299.

Figura N° 6: Pacientes realizando trabajos rurales.



Fuente: Álbum histórico de la Sociedad de Beneficencia 1823-1910. Archivo General de la Nación

Figura N° 7: Pacientes realizando trabajos de costura



Fuente: Álbum histórico de la Sociedad de Beneficencia 1823-1910. Archivo General de la Nación

Figura N° 8: Pacientes realizando trabajo de lavandería



Fuente: Álbum histórico de la Sociedad de Beneficencia 1823-1910. Archivo General de la Nación

Figura N° 9: Pacientes realizando trabajos de planchado



Fuente: Álbum histórico de la Sociedad de Beneficencia 1823-1910. Archivo General de la Nación

Avanzando algunos años, encontramos en los artículos psiquiátricos, la descripción de una institución que se tomó de modelo en laborterapia tanto en nuestro país como en otros¹³. Dicho hospital fue fundado por Hermann Simon (1867-1947), y comenzó a funcionar en 1918. Este hospital era descrito como un espacio agradable donde se pretendía que el enfermo olvidara su condición. Los pilares que hacían que este lugar funcionara eran, por una parte, el entretenimiento o laborterapia –que abarcaba el trabajo, la distracción o juegos– y el ejercicio físico, y por otra parte, el personal competente. En este espacio consideraban fundamental el entretenimiento para que el enfermo conservara sus fuerzas, puesto que servían para contrarrestar aquellas desviaciones que producía la misma enfermedad. La organización del espacio, el cuidado del ambiente, el aseo, los talleres y el trabajo en el campo, eran todos elementos pensados para contribuir en el tratamiento de los pacientes. Entre otros postulados, Simon sostenía que todos los enfermos tenían una parte sana y que ésta debía ser explotada para que significara un beneficio categórico en su mejoría; así, el enfermo debía conocer su capacidad positiva¹⁴. Como vemos, muchos de los principios sostenidos por Simon se apoyaban en las ideas del tratamiento moral.

Describimos la experiencia alemana de Simon, una referencia a nivel mundial, por dos cuestiones: porque se destacaba en la literatura médica como un modelo hospitalario a seguir, y para analizar si las experiencias nacionales tuvieron o no puntos en común con sus propuestas. Elegimos dos experiencias de laborterapia en hospitales argentinos para relacionar con el hospital de Lomas de Zamora, la primera en un pabellón del HNA, por su vinculación con la institución de la Capital Federal, y la segunda en el Asilo Colonia Regional

¹³ Para el caso español véase Hernández, A. (2007), “El tratamiento ocupacional frente a la pintura psicopatológica: Herman Simon, Emili Mira I Lopez”, en Campos, R., Villasante, O. y Huertas, R. (eds.), *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “Reconstrucción” de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 145-159; Conseglieri, A. (2008), “La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el manicomio de Santa Isabel”, *Frenia*, Vol. 8, Nº 1, pp. 131-160.

¹⁴ Barrio, N. (1951), “Laborterapia en el ‘Provinzialheilanstalt’ de Gutersloh (Alemania)”, *Neuropsiquiatría*, Vol. II, nº 3, pp. 210-219. Las descripciones de la experiencia dirigida por Simon se relataron en el artículo a partir de una visita realizada por el médico argentino.

Mixto de Alienados en Oliva, provincia de Córdoba, por su ubicación fuera de la Capital Federal, similar a nuestro caso de estudio.

La experiencia del hospital cordobés, fue relatada por el doctor Ferrer en 1928. Describía que había comenzado catorce años antes. Se destacaba que la laborterapia que se aplicaba no seguía ninguna escuela, sino más bien se llevaba adelante según el presupuesto del hospital y las características de la población. Se buscaba tanto ofrecer una terapia como solventar económicamente a la institución, que era una carga para la Nación. El ritmo de trabajo era de ocho horas por día de lunes a viernes, y los fines de semana se realizaban actividades recreativas: cine, música y juegos al aire libre. Puede observarse que el trabajo tenía un doble valor: terapéutico y económico¹⁵.

Por otra parte, en la experiencia de laborterapia en un pabellón del HNA durante la década de 1950 (29 años después que el artículo de Ferrer), se destacaban cuáles eran las diferencias entre el trabajo per se y el trabajo que implicaba resultados terapéuticos. Si bien se consideraba válido hacer trabajar a los pacientes calculando el ingreso económico que implicaba para la institución, se debía tener en cuenta que eso iba en forma paralela al alivio de ciertos males. Para que fuera terapéutico desde el punto de vista psiquiátrico, el trabajo debía cumplir con ciertas condiciones médicas indispensables, por ejemplo, no debía importar la calidad de la tarea ni el rendimiento, sólo la eficacia del tratamiento. El autor -Martínez Dalke- sostenía que era preciso también crear un clima psicológico especial en cada pabellón que “humanizara” el manicomio, sacándolo de su régimen carcelario, haciendo que el personal estuviera al servicio de las enfermas y buscando la convivencia amable entre ellas. Se marcaba también que era necesaria la igualdad entre las pacientes en lo relativo a vestimenta, días de visita, comida, corte de cabello, y así crear un escenario para que pudieran trabajar juntas. Se consideraba asimismo que la atención psiquiátrica debía ser constante y las historias clínicas debían estar al día; la enferma debía saber que el médico conocía sus problemas, y se debía contar con auxiliares de psiquiatría como psicólogos, pedagogos y visitadoras

¹⁵ Ferrer, C. (1928), “Catorce años de laborterapia en el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva, provincia de Córdoba”, *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Vol. 15, pp. 670-677.

de higiene mental¹⁶. De este modo se marcaban los rasgos específicos que debían cumplirse para llevar adelante esta propuesta terapéutica. Se sostenía que a pesar de haber sido posible desarrollarla en un pabellón, el HNA no se encontraba totalmente en condiciones para sostener el modelo de laborterapia. Entendemos que las descripciones del doctor Martínez Dalke, desarrollados con posterioridad al caso cordobés, responden a un ambiente de época, de cambios en la psiquiatría con la incorporación de nuevas teorías y la búsqueda por transformar los tratamientos tradicionales. Por lo tanto las diferencias entre ambos hospital respondió no sólo a su ubicación geográfica, sino también al momento en que se realizaron.

Tomamos estos dos ejemplos para mostrar miradas diferentes sobre la laborterapia en el país en dos momentos distintos, ambos en el marco temporal de nuestra investigación. En el primer caso se articulaban el aspecto económico y el terapéutico del trabajo en la institución, y en el segundo había un reconocimiento de las limitaciones para llevar a cabo experiencias de trabajo que realmente fueran terapéuticas, a pesar de reconocer la importancia de tener activos a los pacientes. Encontramos mayores similitudes entre la experiencia del Esteves y la del hospital cordobés que entre el Esteves y el pabellón del HNA. Mientras que en este último se hablaba de condiciones extraordinarias para el funcionamiento de la laborterapia, en Córdoba y en el Esteves el trabajo estaba incorporado a las condiciones “reales” de la institución. Sin embargo, en Córdoba no se hacía distinción entre trabajo y talleres, sólo se hablaba de trabajo; mientras que en los registros de Lomas de Zamora sí se remarcaba esta distinción, como desarrollaremos a continuación.

Las historias clínicas del Hospital Esteves no presentan un registro sistemático del trabajo realizado: en ocasiones se asentaba como observación clínica-terapéutica, y en otras se lo mencionaba al describir el comportamiento. Las pacientes que realizaban alguna labor eran las que tenían una mayor capacidad de vinculación con los demás y las consideradas como más “estables”. Ahora bien, es preciso preguntarse si el trabajo era una causa de esta estabilidad o si a estas pacientes, por estar estabilizadas, se las inducía a trabajar. Al respecto, encontramos documentos de la Sociedad de Beneficencia

¹⁶ Martínez Dalke, L. (1957), “Laborterapia en Psiquiatría”, *Psiquiatría*, nº 1, pp. 46-49.

de la década de 1940, que señalan que la administración mostraba preocupación sobre el trabajo de las pacientes. Consta en ellos que con lo que producía una alienada se debía y podía costear su sostenimiento; por lo tanto, era necesario hacer una clasificación de los distintos trabajos de acuerdo con su capacidad de producción, para organizar las labores y la manufactura. Se pensaba que si se organizaba la laborterapia, se podía aprovechar el trabajo del 95% de las pacientes¹⁷. Estos documentos de la administración de la institución, indican que en la organización económica del hospital, donde la actividad de las pacientes servía también para solventar los gastos. Esta labor parece no haber sido remunerada, más bien respondía a la organización interna de la institución.

Estos documentos oficiales expresan además una confianza en los trabajos como un medio terapéutico. En uno de ellos, por ejemplo, se describe que existían dos quintas donde se cultivaban toda clase de hortalizas que abastecían el consumo interno; que se debían organizar los oficios, crear talleres y escuelas de reeducación, organizar la parte artística, teatro y música. De este modo se conseguiría la recuperación y rehabilitación de las enfermas en condiciones tales que logran su reintegración al medio social en circunstancias que sus familias pudieran hacerse cargo de ellas. Se señalaba también la necesidad de crear un servicio social. Interpretamos que dicha reintegración debería realizarse también para liberar al hospital de la carga que implicaba sostener a mujeres que podían ser desinstitucionalizadas¹⁸.

Además, en algunos expedientes figuraba como "laborterapia", y en otras, se detallaba el tipo de trabajo que la paciente realizaba. Al parecer, era un recurso muy utilizado, puesto que en un gran número de fichas se describe el desarrollo de alguna actividad, la mayoría en aseo, lavandería y costura. Es decir que se realizaba una distinción entre el trabajo como herramienta terapéutica y el trabajo propiamente dicho. Fue más común la presencia de distinciones entre las actividades realizadas por las mujeres en las últimas décadas de la investigación.

¹⁷ Nota de junio de 1947, Legajo 195. Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. Archivo General de la Nación.

¹⁸ Nota de junio de 1947, Legajo 195. Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. Archivo General de la Nación.

A partir de la descripción de algunos casos, interpretamos que cuando dice “laborterapia” se trataba de talleres a los que asistían las pacientes; mientras que cuando figura la descripción de tareas específicas se trataba del trabajo cotidiano que ellas realizaban. Como por ejemplo, el caso de María José, que ingresó al hospital en 1952 con diagnóstico de esquizofrenia y falleció en 1967. En 1960 su expediente médico decía:

“Informe de laborterapia: Invitada a concurrir a laborterapia (hace 6 meses) comenzó por negarse. Luego de algunas insistencias accedió, escogiendo hacer trabajos con migas de pan. Su conducta durante los trabajos es en general muy buena. Buena atención,[...] e imaginación creadora[...] En su trayectoria de laborterapia se ha desarrollado una mayor interrelación social con sus compañeras.”¹⁹

Sabemos que para fines de la década de 1950 y particularmente durante la década de 1960, se profesionalizó y sistematizó el ejercicio de la terapia ocupacional (TO) en el país²⁰. Entendemos que este hecho modificó las

¹⁹ Historia clínica 45212, Legajo 37. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

²⁰ La TO apareció junto con la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y la creación de otras carreras como psicología. Ocupó un lugar relevante en primer lugar por la necesidad de generar recursos humanos para la rehabilitación de las secuelas de la poliomielitis, pero luego su práctica se fue ampliando y relacionando con la salud mental, a partir de experiencias en diversas instituciones durante los sesenta, hasta 1967, momento en que se incluye dicha profesión en las políticas de salud mental bajo el Programa Nacional de Salud Mental, del Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires a cargo de Mauricio Goldenberg, entre otros hechos. Para un desarrollo extenso sobre TO véase Álvarez, A. (2012), “Parálisis y acción: el caso de los brotes de poliomielitis de mediados del siglo XX”. Trabajo presentado en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad, Buenos Aires, 3 al 5 de octubre; Ramacciotti, K. I. (2006), “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires”, *Asclepio. Revista de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. 58, n° 2, pp. 115-138; Testa, D. E. (2011a), “Poliomielitis. La herencia maldita y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la Ciudad de Buenos Aires”, *Intersticios*, Vol. 5, n° 2, pp. 309-323. Disponible en: <http://www.intersticios.es/article/view/8358> (12-2-2015); (2011b), “La lucha contra la poliomielitis. Intermitencias de un recuerdo eludido. Buenos Aires (1943-1971)”, Tesis de Maestría, Buenos Aires, FLACSO; (2012a), “Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina”, *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Vol. 12, n° 1. Disponible en <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/2>

concepciones del trabajo en las instituciones, junto con la incorporación de las nociones de salud mental y otros cambios que fueron sucediendo en la psiquiatría. De igual modo, destacamos que para el hospital en estudio, no encontramos registros sistemáticos de la presencia de terapeutas ocupacionales y que son acotados los casos donde se haga alusión a la presencia de talleres. Con excepción de algunos casos destacados, como el de María José, claramente el momento de mayor diferencia en el quehacer de las pacientes en la institución, fue registrada durante la experiencia de Comunidades Terapéuticas a fines de los sesenta, que desarrollaremos más adelante.

Recapitulando entonces, en primer lugar sostenemos que el trabajo fue entendido en el marco del tratamiento moral y como un hecho “natural” para el desarrollo de las instituciones hospitalarias en el país; esto quedó expresado para el caso de Lomas de Zamora en las fotos publicadas por la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. Además deducimos que el trabajo de las pacientes se destinaba específicamente al autoabastecimiento del hospital, pues no aparecen registros que permitan interpretar que la producción haya sido comercializada y que haya generado un ingreso económico para la institución.

En segundo lugar notamos ciertas similitudes entre el papel que cumplía el trabajo en el hospital de Lomas de Zamora y en el Hospital Oliva en Córdoba. En estas instituciones se mezcló el uso del trabajo como modo de mantener ocupadas a las pacientes, con la falta de personal para mantener principalmente la limpieza del lugar. Claramente la cuestión presupuestaria en una institución de estas características fue siempre un problema, y la participación de pacientes en el mantenimiento fue imprescindible²¹. Es de

2054/23370 (08/02/2013); (2012b), “La poliomielitis, la rehabilitación y las mujeres. Los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina (1956-1959)”. Trabajo presentado en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires, del 3 al 5 de octubre de 2012; (2012c). “La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico-social, Buenos Aires, 1943”. *Revista Salud Colectiva*, Vol. 8, n° 3, pp. 299-314. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185182652012000400007&script=sci_art_text (12-2-2015); Zabala, J. P. y Romero, L. (2012), “Reconocimiento e institucionalización de la Poliomielitis como problema médico y social en la Argentina”. Trabajo presentado en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires, del 3 al 5 de octubre.

²¹ Entrevistas realizadas por la autora a L. V. y A. M., psicóloga y enfermera de la institución respectivamente, 19 de mayo de 2013.

esperar que, en asilos donde una parte importante de su población pasaba varias décadas hasta su muerte, el trabajo se vinculara también con el mantenimiento del lugar, no sólo con un fin terapéutico.

En tercer lugar, en las primeras décadas de nuestra investigación, la valoración de la “eficacia” de las terapias, estaba depositado en el modo en que se llevaba a cabo la labor, es por eso que se debía observar los resultados del trabajo. Los logros terapéuticos reflejados en las fotos institucionales, son una muestra de este hecho. Para la segunda mitad del siglo XX, con las nuevas concepciones en el campo de la salud mental, notamos que los médicos valoraban, y por lo tanto registraban otras impresiones sobre el trabajo en talleres, como la capacidad creadora de las pacientes y su posibilidad de integración social, independientemente de cuál era la tarea que llevaban a cabo. Así, entendemos que estos espacios sirvieron para estabilizar a las mujeres y estimularlas además de generar un espacio recreativo.

5.4- Malarioterapia: enfermar para curar

A partir de la década de 1930, notamos la práctica del tratamiento de malarioterapia en el Hospital de Lomas de Zamora. En su origen, la malarioterapia fue propuesta por el médico austríaco Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940). Su primer uso fue en 1917 para tratar la parálisis general progresiva²². El tratamiento consistía en inocular diversas sustancias en enfermos mentales, con la idea de que los procesos infecciosos podían mejorar sus cuadros. Entre estas sustancias se utilizó la sangre de pacientes que padecían paludismo, un tratamiento considerado seguro y eficaz. Supuestamente, luego de las altas fiebres que producía la inoculación de

²² Véase Brown, E. M. (2000), “Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the insane?”, *History of Psychiatry*, Vol. 11, n° 4, pp. 371-382; Villasante, O. (2002), “La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España”, *Siso/Saude*, n° 37, pp. 101-117; (2003), “La malarioterapia en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva: Primeras experiencias en España”, en Fuentenebro, F., Huertas, R. y Valiente, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 175-188.

parásitos de la enfermedad, los pacientes mejoraban. Desde 1918 se lo utilizó también para la demencia precoz²³.

Los artículos hallados al respecto en revistas médicas argentinas se ocupaban, por lo general, de describir teóricamente cómo se debía practicar el tratamiento²⁴. Encontramos una coincidencia absoluta entre estas descripciones y los casos registrados para el Hospital Esteves²⁵. En las historias clínicas, hallamos tres casos donde se describió este tratamiento de piretoterapia completo. Mientras los artículos hacían hincapié en el uso de estas terapias para los cuadros de parálisis general progresiva²⁶, los casos del Esteves que pudimos relevar tenían diagnósticos de demencia precoz hebefrénica, síndrome de excitación maniaca y demencia paralítica²⁷.

Cuando se aplicó malarioterapia, el procedimiento quedó detallado minuciosamente, a diferencia de lo registrado para otras terapias. En los tres casos se registró el consentimiento familiar para llevarlo a cabo. Dos casos son de la década de 1930 y uno es del año 1940. En uno solo se describió una mejora a largo plazo en la paciente. Así se relataba que Clementina –que había ingresado al hospital en 1928, fue diagnosticada con demencia precoz hebefrénica y murió en 1952– recibió malarioterapia en 1931:

“Ha tenido en total 10 accesos palúdicos francos y otros pocos menos manifiestos, el 21 se inició la quinimización [...] ha permanecido siempre

²³ Conseglieri, A. (2008), “La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el manicomio de Santa Isabel”, *Frenia*, Vol. 8, n° 1, p. 145.

²⁴ Los textos también hacían alusión a la necesidad de crear centros de malarioterapia, tanto en hospitales metropolitanos como en la colonia (como también se habían propuesto en Europa) y explicaban que se trataba de un problema de la salud pública ya que los cuadros de parálisis general progresiva eran consecuencias psíquicas de la sífilis.

²⁵ Véase Quaranta, A. P. y Pujadas A. (1935), “Complicaciones de la Malarioterapia”, *Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría*, Vol. I, n° I, pp. 83-92; Esteves Balado, L. y D`Oliveira Esteves, J. (1929), “La malarioterapia en la parálisis general progresiva”, *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Vol. 16, pp. 431-451.

²⁶ Véase Gorriti, F. (1930), “Necesidad de los centros de malarioterapia”, *La Semana Médica*, pp. 1449-1451, primer semestre; Cabeza, M. M. (1933), “Centros de Malarioterapia”, *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, Vol. 1, n° 1, pp. 42-54; Esteves Balado y D`Oliveira Esteves (1929).

²⁷ Véase Historia clínica 26668, Legajo 89; Historia clínica 10824, Legajo 61; Historia clínica 5772, Legajo 20. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

tranquila. La hermana la ha notado desde hace una semana más vivaracha_ lucidez y coherencias relativas_ se orienta en tiempo y espacio_ pide el alta manifestando que está aburrida de esta casa_ que habiéndole hecho las inyecciones ‘que me hicieron bien’, ya está sana [...] En las condiciones actuales puede estar en casa”.²⁸

La historia clínica registra el reingreso de la paciente al poco tiempo, aunque no la causa exacta. Otro dato interesante que nos brinda esta historia clínica es el hecho de que durante el tercer y octavo acceso palúdico de Clementina, se utilizó su sangre para inocular a otras dos mujeres del hospital²⁹. A partir de este expediente médico podemos hacernos una idea sobre cómo era la práctica de esta terapia en el ámbito hospitalario.

Por último destacamos que los artículos teóricos marcaban constantemente la importancia de tomar todas las medidas preventivas posibles al momento de practicar esta terapia, y explicaban que su fracaso por lo general respondía a falencias durante su aplicación. Consideramos que esta idea puede articularse con el registro detallado y cuidadoso que presentan las historias clínicas sobre el uso de malarioterapia en nuestro hospital. Este tratamiento, como todos los que generaban fiebre, tranquilizaba a las pacientes, pero no encontramos cambios en los cuadros clínicos en el largo plazo. En las historias clínicas no se registraban fallas al momento de practicar la terapia, por lo que la causa de la falta del éxito terapéutico seguirá un enigma. De igual modo, destacamos una vez más la práctica en esta institución de una terapia apreciada a nivel mundial, y la relevancia de estas prácticas para la disciplina psiquiátrica.

Para concluir, puntualizamos sobre la relación entre malarioterapia con la laborterapia desarrollada anteriormente, que la intervención psiquiátrica abarcaba un amplio abanico que iba desde hacerlas cumplir con algún quehacer hasta intervenir sobre sus cuerpos, particularmente por supuesto, sobre sus cerebros (también en el caso de la lobotomía y terapias de choque).

²⁸ Historia clínica 26668, Legajo 89. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

²⁹ Historia clínica 26668, Legajo 89. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

5.5- Terapias de choque: el Esteves a la vanguardia de la psiquiatría

5.5.1- Las terapias de shock, sus pioneros y su estudio como objeto histórico

Las terapias de shock, fueron terapias practicadas por la psiquiatría, que buscaron resultados en el cuadro mental del paciente a partir de la provocación de convulsiones. Estos shock podían ser resultado de la aplicación una sustancia (insulina o cardiozol) o de una descarga eléctrica. Para iniciar este apartado, haremos un recorrido a lo largo del desarrollo de estas terapias. Nos referiremos tanto a los primeros en aplicarlas, como a su propagación en EEUU (principal polo de su desarrollo), y a algunas líneas de investigación trazadas al respecto. Además destacaremos esta temática de estudio como problema histórico.

Un rasgo que se repite en la literatura especializada sobre esta temática, es el valor que la terapéutica tuvo como práctica para los psiquiatras. Así, el clásico autor norteamericano Edward Shorter, sostiene que en la primera mitad del siglo XX, los psiquiatras se enfrentaban a un dilema: o dejaban a los pacientes en los hospicios a la espera de una cura espontánea, o acudían al psicoanálisis, que no respondía a las necesidades de las enfermedades psiquiátricas. La presencia de las terapias de shock desde la década de 1930 les permitió a los psiquiatras correrse del lugar de desesperanza en el que se encontraban, a pesar de las duras críticas que estos tratamientos generaban³⁰. Dichas terapias representaron un hito para la psiquiatría al romper el tutelaje de la neurología, y sacar a la disciplina del lugar de “cenicienta” en los asilos. Así se subraya que se podía cuestionar si estas terapias hacían bien a los pacientes, pero con certeza fueron beneficiosas para la psiquiatría, y es principalmente por esta lectura que retomamos el desarrollo teórico de este autor³¹.

Deborah Doroshow, por su parte, retoma una de las terapias de shock, el coma insulínico y manifiesta que la mayoría de los historiadores de la psiquiatría entendieron la aplicación de esta terapéutica de dos modos: como un momento vergonzoso en el proceso de la psiquiatría biológica, o como una más de las

³⁰ Shorter, E. (1997), *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Nueva York, John Wiley and Sons.

³¹ Shorter (1997), p. 224.

terapias somáticas usadas para tratar la enfermedad mental a mediados del siglo XX, sin otorgarle demasiada relevancia. Para dicha autora, esta terapia supuso un momento clave en el desarrollo de la psiquiatría norteamericana, que les permitió a los psiquiatras por un lado, acercarse al “mainstream” médico y en especial a la neurología, y por otro lado, encontrar una práctica eficaz. Desde la década de 1930 y por 20 años, fue utilizada por todo Estados Unidos, y se confiaba en su eficacia clínica a pesar de la incertidumbre que manifestaba la literatura especializada. Su “capacidad curativa” para los casos de esquizofrenia les daba a médicos y enfermeras la confianza en su posibilidad de manipular el curso natural de una enfermedad de la que conocían muy poco. A pesar de sus riesgos, el coma insulínico permitió a los psiquiatras pensar que podían hacer algo por sus pacientes esquizofrénicos, lo que además los hacía sentir como legítimos médicos³².

El personaje más destacado en la historia de la insulino-terapia fue el austríaco Manfred Sakel (1900-1957). Graduado de Medicina en la Universidad de Viena, tuvo que irse a trabajar a Berlín en 1925 por el antisemitismo que se vivía en dicha ciudad. Allí trabajó en la clínica privada de Kurt Mendel, *Lichterfelde Sanatorium*. En 1933 volvió a trabajar a Viena, consiguió un cargo en la clínica psiquiátrica de la universidad, bajo el tutelaje Otto Poetzl. En este espacio es donde empezó a probar el shock insulínico como cura de la esquizofrenia³³. Mostró los primeros resultados en 1934, pero no fue respetado por sus colegas. El coma insulínico no fue adoptado en Europa central pero sí en el mundo anglosajón y particularmente en Suiza, bajo la figura de Max Müller³⁴. En 1936, Sakel viajó a Estados Unidos, donde otro médico, Joseph Wortis (1906-1995), ya había introducido esta terapia luego de observar el trabajo de aquél en Viena un par de años antes. Una vez en el nuevo continente, Sakel trabajó primero en el New York State Psychiatric Hospital, y luego en una práctica privada en Manhattan. Para la década de 1960, había más de cien

³² Doroshow, D. B. (2007), “Performing a Cure for Schizophrenia: Insulin Coma Therapy on the Wards”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Vol. 62, n° 2, pp. 213-243. Otros autores que abordaron estas terapias como objeto de estudio fueron Scull, A. (1994), “Somatic Treatments and the Historiography of Psychiatry,” *History of Psychiatry*, n° 5, pp. 1-12; y Braslow, J. (1997), *Mental ills and bodily cures: psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*, California, University of California Press.

³³ Shorter (1997), p. 209.

³⁴ Shorter (1997), pp. 211-214.

unidades de insulino-terapia en todo Estados Unidos³⁵. Shorter considera que las convulsiones con insulino-terapia no habían sido buscadas, y que la convulsiterapia empezó realmente con el cardiozol –en Estados Unidos llamado Metrazol– introducido por Ladislao Von Meduna³⁶.

El médico húngaro Ladislao Von Meduna (1896-1964) se formó como neuropatólogo en el Interacademic Institute for Brain Research de Budapest. Luego siguió a su profesor Karl Schaffer al departamento de Psiquiatría de la Universidad de Budapest. Así como otros psiquiatras durante las décadas de 1920 y 1930, consideraba que existía un antagonismo entre la esquizofrenia y la epilepsia. Sostenía que si los epilépticos estaban protegidos de la esquizofrenia, entonces inducir síntomas epilépticos podría servir de terapéutica para los esquizofrénicos. De este modo desarrolló una terapia convulsiva a partir de un químico, el cardiozol. Esta terapia era considerada por los clínicos como peligrosa, por lo que poco a poco fue reemplazada por el electroshock, de la que fue su precursora. Con el electroshock se buscaba generar en los pacientes el mismo efecto convulsivo, pero con menos riesgo. Von Meduna en 1939 migró a Chicago, donde trabajó como profesor en Universidad Loyola y luego en la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois³⁷.

Para 1938, mientras que las otras terapias de shock ya estaban instaladas en EEUU, el shock eléctrico aún estaba en proceso de desarrollo. Los italianos Ugo Cerletti (1877-1963) y Lucio Bini fueron los pioneros en la terapia de electroshock durante la década de 1930. El primero había estudiado histología cerebral en Heidelberg, luego, hasta la Primera Guerra Mundial trabajó en la Clínica Psiquiátrica de Roma e hizo estudios de posgrado en diversos países, como Francia e Italia³⁸. Lucio Bini trabajaba en la Universidad de Roma “La Sapienza”. Cerletti había estudiado con animales, a los que generaba convulsiones mediante electricidad, pero ninguno sobrevivió a sus estudios. Bini le sugirió entonces cambiar la ubicación de los electrodos, y así dejaron de morir animales. Para 1938 se hizo la primera prueba con un hombre (un psicótico). Poco tiempo después, esta terapia se había propagado por todo

³⁵ Shorter (1997), p. 210.

³⁶ Shorter (1997), p. 211-214.

³⁷ Shorter (1997), p. 217.

³⁸ Shorter (1997), pp. 218-219.

Estados Unidos y algunos países de Europa (como Gran Bretaña, Alemania, Francia y España). No se la consideraba una terapia novedosa, más bien era entendida como una mejora en las convulsoterapias. Uno de los motivos por los que se popularizó fue porque a pesar de haber sido pensada para esquizofrenia, al poco tiempo se utilizó para diversos diagnósticos, como manía y depresión. Además se consideraba que su aparición (como todas las terapias de choque) sirvió para poder manejar mejor las instituciones hospitalarias³⁹.

5.5.2- Ideas y aplicación de terapias de shock: los artículos y el hospital

Desde mediados de la década de 1930, la temática de las terapias shock estuvo presente en nuestro país. Los artículos en revistas médicas y las tesis que pudimos encontrar sobre las terapias de shock realizaban descripciones similares: comentaban brevemente cuáles eran sus características, cuánto tiempo era preciso aplicarlas, las complicaciones que traían para los pacientes, las posibles combinaciones entre ellas y con psicoterapia. Se enumeraban los hospitales donde se las practicaba (principalmente el Hospital de Alienados de Rosario y el HNA), las investigaciones que se realizaban a partir de su aplicación, y qué médicos destacados las utilizaban. Se nombraban cuadros clínicos que presentaban los pacientes y se subrayaba su aplicación en cuadros de esquizofrenia. Por último, se hacía alusión a los pioneros europeos y a otros colegas del viejo continente que las utilizaban, así como también a ciertos eventos científicos en los que se debatían sobre ellas.

Todas las terapias que provocaban convulsiones aparecían caracterizadas, en los textos, como convulsoterapia⁴⁰. Luego, se hacía una distinción entre insulino-terapia, cardiozoterapia y electroshock. Se sostenía la necesidad de realizar psicoterapia (no se definía qué tipo de psicoterapia) en forma paralela a

³⁹ Véase Grob, G. (1991), *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America* Princeton, Princeton University Press, p. 127; Doroshov, D. B. (2007); Tourney, G. (1967), "A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry, 1800-1966", *American Journal of Psychiatry*, n° 124, pp. 784-796; Kingsley, J. (2000), "Insulin Coma Therapy in Schizophrenia", *J. R. Soc. Med.*, n° 93, pp. 147-149; Sadowsky, J. (2005), "Beyond the Metaphor of the Pendulum: Electroconvulsive Therapy, Psychoanalysis, and the Styles of American Psychiatry", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Disponible en <http://jhmas.oxfordjournals.org/> at Yale University (02/10/2014), entre otros.

⁴⁰ Acusse, D (1945), "Cardiozoterapia en Psiquiatría", Tesis de Doctorado, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina.

estos tratamientos ya que, a pesar del esfuerzo que implicaba para los médicos, eran notorias las diferencias entre pacientes que la recibían y los que no. Un artículo de 1939 sostenía que una vez que el cardiozol o la insulina hacían efecto, la psicoterapia podía reconstruir la personalidad del paciente para una mejor adaptación al medio ambiente⁴¹. Esto nos muestra las combinaciones terapéuticas que se realizaban en la Argentina y cómo se buscaba incorporar la psicoterapia para el tratamiento de los cuadros agudos.

A partir de la lectura de los artículos sostenemos que, en nuestro país, primero se había pensado la terapia de electroshock sólo para la esquizofrenia (basado en las ideas del antagonismo entre esquizofrenia y epilepsia). Debido al “éxito” con esta patología, el tratamiento se extendió a las psicosis maniaco-depresivas, psicosis reactivas, episodios agudos de frenastenias, psicosis confusionales del climaterio, etc.⁴². Para el caso de la insulino-terapia, se destacaba el uso en cuadros con psicosis melancólica, las formas ansiosas, estuporosas, crónicas, las formas delirantes hipocondríacas algunas psicopatías, y en el tratamiento de la esquizofrenia.

Las terapias de shock ponían en discusión la prognosis de la esquizofrenia por su curabilidad en un alto porcentaje de casos⁴³. A continuación citamos un párrafo que manifiesta esta nueva situación clínica que se generaba con el uso de estos tratamientos y la postura que consideraba que debían tomar los psiquiatras al respecto:

“[...] la curabilidad de los dementes precoces amplía enormemente nuestro horizonte psiquiátrico-terapéutico y al obligarnos al tratamiento de los casos en las primeras fases de su evolución nos debe llevar fuera del manicomio para poner rápidamente los enfermos en nuestras manos. En este terreno debemos romper preconceptos de nuestro ambiente social y aun del ambiente médico: es absolutamente falso que la locura

⁴¹ Bula, N. y Vita, N. C. (1939), “Psicosis melancólica y convulsoterapia”, *Boletín de Instituto Psiquiátrico*, año 3, nº 21, pp. 87-101.

⁴² Bula y Vita (1939), pp. 87-101.

⁴³ Lertora, A. (1941), “Shockterapia de las psicosis”, *Boletín del Hospital Melchor Romero*, Vol. 1, nº 2, pp. 29-34.

sea incurable puesto que la revalidación social de un alto porcentaje de casos, pronta y debidamente asistidos, es un hecho innegable”⁴⁴.

Claramente se pensaba que había una nueva posibilidad para los psiquiatras de tomar medidas terapéuticas ante el sufrimiento de los pacientes. De este modo se justificaba su uso, más allá de las complicaciones y los riesgos que significaban para los pacientes, porque se razonaba que era mejor correr estos riesgos o enfrentar estas consecuencias, antes que dejarlos sufrir y morir. Así se manifestaba, por ejemplo, en un artículo de la década de 1930, donde se señalaba que la esquizofrenia, más que una enfermedad, era un estado que acompañaba la vida del enfermo y que no era compatible con la convivencia social:

“El número de esquizofrénicos pues, que pueblan los establecimientos psiquiátricos es crecido y resulta mortificante para el médico la acción pasiva de ser testigo diario de una decadencia psíquica y también física, lenta aunque fatal, de un buen número de sus enfermos”⁴⁵.

Se explicaba además que se trataba pacientes precoces y que albergaban “la peor de las locuras”, ante esta situación, no se podía pensar en esto como un tratamiento cruel, ya que peor era dejarlos sufrir su dolor moral y el peligro de terminar en suicidio⁴⁶.

Con este recorrido por los artículos médicos buscamos, en primer lugar, destacar los trabajos teóricos sobre estas tres terapias de shock que también se practicaban en la institución que analizamos, es decir que además de utilizarlas en la clínica había un interés teórico en ellas. En segundo lugar, resaltamos que a diferencia de lo que analizamos en el capítulo anterior sobre la producción teórica referida a los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia, para el caso de las terapias, los trabajos científicos se basaban en las experiencias clínicas en diversas instituciones hospitalarias nacionales,

⁴⁴ Lertora, A. (1941), p. 34.

⁴⁵ Foz, A., Vita, N. A., Ansaldi, I. B., Ordoñez, J. A. (1937), “Insulinoterapia en psiquiatría”, *Boletín del Instituto Psiquiátrico*, Año 1, nº 20-21, pp. 40-76.

⁴⁶ Bula y Vita (1939), pp. 87-101.

no sólo en lo que la literatura científica internacional comentaba sobre el uso de éstas. También destacamos, a partir de estos trabajos, que el uso de terapias de shock fue entendido como la posibilidad concreta para los psiquiatras de tratar los cuadros mentales con tratamientos específicos y una tecnología particular, que les permitía ubicarse como pares con otras disciplinas médicas. Asimismo, la urgencia de tratar los cuadros dentro del primer año de inicio de la enfermedad –como se expresa en una de las citas mencionadas– obligaba a los médicos a intervenir por fuera de los hospitales y de la atención de pacientes crónicos.

En tercer lugar, destacamos cómo a partir de la aplicación de estas terapias, la concepción sobre el paciente esquizofrénico cambió, ya que se pensó en la posibilidad de cura, o al menos en tratar sus síntomas y lograr una remisión momentánea. Consideramos este último punto como relevante para el objetivo de fondo que guía toda nuestra investigación. De este modo, desde lo manifestado en las producciones teóricas, el uso de estas terapias implicó un momento clave de cambio en la mirada médica: quizás la “condena de muerte y aislamiento” que implicaban ciertos cuadros mentales había terminado. Sabemos que para las pacientes del Esteves que estudiamos, todas aquellas que murieron en la institución, esto no aplicó.

Las historias clínicas de las pacientes que eran sometidas a los tratamientos de shock en el Hospital Esteves muestran mejoras en el corto plazo, pero en todos los casos se describe que los síntomas retornaron, aunque sea de un modo más moderado, es decir, no manifiestan cambios profundos en los cuadros psiquiátricos. Por ejemplo, en la historia clínica de Teresa, se registró en junio de 1941:

“Terminó el tratamiento instituido con un total de 16 ‘shocks eléctricos’ de los cuales 4 fueron frustrados y los 12 restantes de mediana intensidad. Comenzó el electroshock con la dosis de 95 voltios durante 0,15 segundos y llegó a la dosis de 115 voltios durante 0,175 segundos”.

Cinco días después escribieron:

“Durante el tratamiento [...] se había esbozado una ligera mejoría, se alimentaba, solía levantarse [...] sueño normal. En la actualidad vuelve a retrogradar a su estado anterior. Hay que alimentarla [...] gritos, llantos, precisa hipnóticos para dormir”⁴⁷.

Esta última terapia se aplicaba, por lo general, con una frecuencia de día por medio durante un periodo de tiempo que variaba entre los 45 y los 90 días, con diferentes voltajes según la paciente. A algunas se les aplicaba en varias ocasiones a lo largo de su internación. Por su parte, los comas insulínicos aparecen en las historias clínicas de forma aislada. El uso del cardiozol se registraba en los expedientes médicos, pero no aparecen descripciones al respecto. Las terapias de choque eran aplicadas sin una explicación terapéutica explícita en las historias clínicas y los tratamientos no eran excluyentes para algunos cuadros psiquiátricos, se utilizaban para una gran variedad de diagnósticos e incluso para pacientes sin un diagnóstico definido. Estos tratamientos se combinaban, notamos en los expedientes médicos períodos del uso de una terapia alternados con el uso de otra. Esta alternancia por lo general no muestra una justificación clínica o terapéutica, por lo que no es posible saber si se trataba de decisiones relativas al cuadro mental o basadas en cierta lectura teórica, o si respondían a la llegada de alguna tecnología nueva, o si el criterio se cambiaba por algún otro motivo. Pudimos detectar casos como el de Esther –diagnosticada con esquizofrenia simple e ingresada en 1952–, en que el cambio de una terapia de shock a otra parece haber respondido a la falta de resultados de la primera. Así se describe que se le realizaron electroshocks cada tres días durante tres meses, y luego se aplicó insulino-terapia. En una nota se registró: “más comunicativa, se alimenta mejor [...]” Pero a continuación se manifestó: “mutismo absoluto, estereotipia de movimientos, soliloquios [...] se indica insulino-terapia”. Se siguieron describiendo síntomas como autismo y sonrisa estereotipada al entrevistarla y aparecen otros tratamientos de electroshock en los años 1957 y entre 1964 y

⁴⁷ Historia clínica 5052, Legajo 21. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora. Para otros casos con descripciones similares véase Historia clínica 8574, Legajo 8. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

1966⁴⁸. Entendemos que la repetición de los tratamientos puede haber respondido al uso de cada uno de ellos como un modo de aplacar momentáneamente ciertos síntomas, o que por coyunturas hospitalarias era el turno de una paciente en recibirlo. La realidad es que no encontramos explicaciones clínicas en los expedientes médicos que justifiquen la aplicación de cada una de las terapias.

Continuando con esta última idea, en una historia clínica de la década de 1940, encontramos una planilla para el seguimiento del electroshock. En ella se buscaba registrar los siguientes datos: día de ingreso, nombre, edad, diagnóstico, fecha que se aplicaba la terapia, resistencia cefálica, voltaje, tiempo, características de la convulsión, accidentes, reacción posparoxismal, número de orden, modificaciones del cuadro clínico, y figura un espacio para registrar las observaciones. En el caso que mencionamos, se habían llenado los datos de: fecha, voltaje, tiempo y número de orden⁴⁹. Interpretamos estos vacíos en las fichas como indicios de aquellos datos que en la práctica se consideraba relevante registrar para entender la aplicación terapéutica y los que no; también pueden responder a falencias burocráticas del trabajo cotidiano en el hospital, claro que esto no lo podemos saber a través de las fuentes analizadas.

Con estas terapias se trataba el psiquismo de las pacientes, pero al mismo tiempo se hacía una intervención en su cuerpo. Todas ellas implicaban una combinación de búsqueda de “cura” o mejoría de síntomas y una forma de control, ya que eran intervenciones que, dado su fuerte impacto físico, las calmaban⁵⁰. Es por esto que a partir de la presencia de terapias de shock en el hospital, y más aún con la incorporación de los psicofármacos, los médicos y el personal tuvieron nuevos mecanismos de contención de las mujeres que padecían algún ataque, o del comportamiento de las pacientes en los pabellones en general. Encontramos expedientes médicos con descripciones

⁴⁸ Historia clínica 8574, Legajo 8. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁴⁹ Historia clínica 37752, Legajo 9. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁵⁰ Basaglia F., Castel, R. (1975), *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*, Barcelona, Barral.

sobre el uso de algunas de estas terapias combinadas con ampollas de leche o restraint para tranquilizarlas⁵¹.

Además, en algunos expedientes médicos figura el consentimiento de las familias para realizar cada una de las terapias. De hecho aparecen casos de pacientes que se escapaban de la institución durante los tratamientos, y eran las mismas familias las que las llevaban de regreso al hospital⁵². Esto nos presenta un escenario donde, si existía la presencia familiar, ellos conocían los tratamientos que las mujeres recibían.

Por último, destacamos que en los documentos de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, encontramos una nota del mes de enero de 1948, donde se solicitaba a la administración del hospital la compra de cuatro aparatos de electroshock y se expresaba que con una población de 3200 enfermas, la institución no contaba con ese “[...] imprescindible elemento para el tratamiento de enfermas mentales”. Además se manifestaba que en realidad se necesitaban 13 aparatos, uno por pabellón. Luego del estudio de tres marcas diferentes, se decidió comprar cuatro aparatos que fueron descriptos como

“Aparatos electro shock marca ‘IDE’, modelo D. IMP., contruidos con material sólido, resistente a movimientos bruscos, a presión de golpes, para medir tensiones regulables desde 20 a 135 voltios corriente alternada y periódica de 50 ciclos [...]”⁵³.

Consideramos estos datos: el registro de la aplicación de determinadas terapéuticas, el consentimiento de las familias para realizarlas y los documentos que refieren a la adquisición de aparatos permiten pensar en una práctica común del hospital. Por otra parte, el uso sistemático de las terapias de shock, nos permiten aprehender el largo recorrido que existió en la

⁵¹ A modo de ejemplo véase Historia clínica 39944, Legajo 46. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁵² Historia clínica 8081, Legajo 11; Historia clínica 50680, Legajo 25. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁵³ Sociedad de Beneficencia, Expediente 29.332 Legajo 196. Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. Archivo General de la Nación.

institución desde las primeras expresiones que señalaban que estas mujeres debían abandonar el HNA por ser intratables.

Hay dos puntos más a destacar en relación con esta terapia. Por un lado, que la llegada de estas terapias generó cambios en la concepción de los médicos sobre la enfermedad mental⁵⁴, y por otro lado, al igual que nos explica la historiografía estadounidense para su caso, las terapias de shock fueron un avance importante para los psiquiatras del Esteves, pues posicionaron a este hospital a la par de otros nosocomios de la Capital Federal en materia de tratamientos.

5.6- Lobotomía: el cerebro al servicio de las prácticas psiquiátricas

5.6.1- Orígenes de la terapia y debate historiográfico

La figura más reconocida a escala internacional como el inventor de la lobotomía es el neurólogo y psiquiatra portugués Antonio Egas Moniz (1874-1955), quien realizó la primera lobotomía frontal en el asilo Bombarda, del Hospital Santa Marta de Lisboa, en 1935. Más allá de los resultados, la lobotomía fue promocionada como una buena técnica y los doctores norteamericanos Walter Freeman y James Watts la llevaron a Estados Unidos. Esta práctica –que tranquilizaba a los pacientes aunque les restaba capacidad de socializar y los convertía en personas “inapropiadamente” desinhibidas⁵⁵ llegó a su momento de mayor uso diez años después⁵⁶.

En Estados Unidos entre 1935 y 1965, se llevaron a cabo decenas de miles de lobotomías, produciendo un gran impacto social, lo que explica la preocupación respecto de esta temática. El análisis de una terapia en particular puede ser una puerta de entrada para estudiar la dinámica del campo psiquiátrico en cierto momento histórico y en un lugar particular. Es decir, el análisis de un tema puntual de investigación, puede explicar ciertas dinámicas propias del campo disciplinar. Para el caso norteamericano, la autora Mical Raz se apoya en la lobotomía para analizar la conformación del campo psiquiátrico. Así sostiene que al momento de teorizar y justificar el uso de dicha terapia, tanto

⁵⁴ A continuación, cuando desarrollemos la postura de los médicos que apoyaron el proyecto piloto de Comunidades Terapéuticas en el Hospital Esteves, analizaremos las críticas que se hicieron a estas terapias.

⁵⁵ Shorter (1997), pp. 225-227.

⁵⁶ Braslow (1997), p. 127.

psiquiatras biológicos como psicoanalistas dejaron de lado diferencias teóricas apostando a la consolidación gremial. La autora encuentra la combinación de ambas posturas en las teorizaciones sobre lobotomía y la fusión de las mismas en la clínica, por ejemplo al combinar la psicocirugía con psicoterapias. Así Raz discute una mirada tradicional de la psiquiatría estadounidense que sostiene la existencia de conflictos entre psiquiatría biológica y psicoanálisis durante su conformación disciplinar⁵⁷. Consideramos que la autora marca con sus aportes sobre lobotomía, cómo los psiquiatras norteamericanos priorizaron las ansias de defender y consolidar al gremio psiquiátrico, sobre las tradiciones teóricas donde se apoyaban.

5.6.2- Lobotomía en el Hospital de Lomas de Zamora

Para analizar la práctica de lobotomías en el Hospital de Lomas de Zamora, tomamos tres casos que fueron los que encontramos entre las pacientes estudiadas. A pesar de ser un número pequeño, consideramos el hallazgo de estas tres historias clínicas como un verdadero “tesoro” del archivo, ya que nos permite conocer que en este hospital existía la infraestructura necesaria para realizar cirugías de este tipo. Además nos indica el interés de los psiquiatras por esta terapia y el modo en que la registraron. A partir de los expedientes médicos podemos saber también algunos indicios del “perfil” de paciente que recibió lobotomía, qué otros tratamientos le realizaron y las consecuencias de la cirugía.

Lamentablemente no encontramos producción teórica local que trate sobre la práctica de esta terapia, lo que al mismo tiempo nos significa un estímulo más para abrir una puerta de análisis sobre estas prácticas psiquiátricas y comentar los casos encontrados en el Esteves. Nos apoyamos en el autor norteamericano Joel Braslow para el análisis de esta terapia (con absoluto conocimiento de las diferencias de contexto entre su trabajo y el nuestro), dado que trabajó con un hospital en el estado de California (EEUU), donde se practicaron lobotomías entre 1947 y 1954, y reconocemos puntos en común entre su caso y la información relevada en nuestros expedientes médicos. El

⁵⁷ Raz, M. (2008), “Between the Ego and the Icepick: Psychosurgery, Psychoanalysis, and Psychiatric Discourse”, *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 82, n° 2, pp. 387-420.

autor cuenta con una población importante de pacientes y con diversas fuentes, tanto historias clínicas como registros administrativos y cartas de médicos y familiares, todas vinculadas con estas terapias, que le permiten reconstruir el escenario en el cual las lobotomías fueron realizadas. Explica que en el caso particular que él investiga –Hospital Stockton de California–, la lobotomía se practicó fundamentalmente hasta 1954 cuando fue remplazada por el uso de psicofármacos.

Tomamos las descripciones teóricas de Braslow para armar un “modelo” de análisis con los puntos más destacados sobre esta terapia, y luego aplicarlo a los hallazgos realizados para el Esteves. Buscamos comparar algunas cuestiones destacadas de nuestro análisis cualitativo de los casos del hospital con su clásico trabajo, donde pudo analizar una población más grande de pacientes y llegar a algunas conclusiones a partir de una labor cuantitativa.

Además planteó ciertas cuestiones que vinculan la lobotomía con el género que son de nuestro interés. Según este autor, para el caso norteamericano, el 85% de las cirugías se hacían a mujeres. Explica que el comportamiento “incorregible” de los pacientes era una fuerte marca para decidir realizar la cirugía. A diferencia, por ejemplo, del uso de malarioterapia en pacientes con parálisis general progresiva –en quienes la aplicación dependía del resultado positivo de sífilis– el uso de la lobotomía dependía de cuestiones de comportamiento⁵⁸. Braslow destaca que el argumento del mal comportamiento como condición clave para recibir lobotomía tuvo una fuerte impronta de género⁵⁹.

Al momento de analizar a las pacientes mujeres, Braslow subraya que para los psiquiatras los factores del cuerpo parecen haber tenido un impacto absoluto en la psiquis, a diferencia de los hombres, entre quienes estos procesos parecían estar más separados. De este modo, el mal comportamiento de las mujeres debía ser tratado a través de su cuerpo. El autor recalca el uso de restraint, la mutilación genital femenina, con la extracción del clítoris (para casos de mujeres que practicaban masturbación) y la lobotomía, como actos

⁵⁸ Braslow (1997), p. 154.

⁵⁹ Braslow (1997), p. 154.

terapéuticos que se realizaban a las mujeres⁶⁰. Además acentúa que el hecho de que otras terapias hayan fallado en el tratamiento, era un factor relevante para realizar la lobotomía⁶¹. De este modo destacamos de su trabajo algunos rasgos principales que encontramos también entre los casos de mujeres que recibieron lobotomía en el Esteves: la violencia de sus cuadros, la necesidad de contener a estas mujeres debido a la gravedad de los cuadros, y la presencia de otras terapias practicadas previas a la cirugía.

En las explicaciones de Braslow encontramos el uso de la lobotomía (entre otras “terapias”) como castigos para con las mujeres que se alejaban de aquello que correspondía a su “deber ser”. Estas medidas que iban desde atarlas de manos y pies, hasta mutilar sus genitales o su cerebro, son rasgos macabros de lo que también fueron las prácticas psiquiátricas en mujeres en el siglo XX. La mutilación genital femenina no se encuentra entre los registros de nuestro hospital en estudio, pero sí la lobotomía. Este hecho muestra la intervención más invasiva sobre el cuerpo de las pacientes, literalmente modificando su anatomía cerebral y, por lo tanto, su funcionamiento. A partir de su tildado de “loca”, tanto médicos como familiares que aceptaron la intervención, decidían modificar su cuerpo en respuesta a un mal comportamiento que fue interpretado como una serie de síntomas psiquiátricos. Sin perder de vista que la lobotomía fue considerada un procedimiento médico que pretendía la cura, es preciso remarcar que en el contexto del hospital Esteves, entre las décadas de 1940 y 1960, se llevaron a cabo estos procedimientos definitivos en cuerpos de mujeres, en nombre de la psiquiatría y la ciencia⁶².

El primer caso que tomamos de nuestro hospital es el de Sofía, que fue ingresada en 1944 con el diagnóstico de demencia secundaria y fallecida en 1968. Se destacaba que la mujer había comenzado “la locura” al mes del parto. El registro de Sofía manifestaba que se la había tratado con terapia de shock con cardiozol previamente a la realización de la lobotomía. La historia clínica decía también que había sido el marido quien había autorizado el tratamiento

⁶⁰ Braslow (1997), pp. 166-168. Para más sobre psicocirugías en mujeres véase Showalter, E. (1987), *The Female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Londres, Virago, pp. 51-74. Sobre la aplicación de lobotomía en mujeres, véase Showalter (1987), pp. 195-220.

⁶¹ Braslow (1997), pp. 135-151.

⁶² Sobre la mutilación genital femenina véase Showalter (1987), pp. 51-74. Sobre la aplicación de lobotomía en mujeres véase Showalter (1987), pp. 195-220.

convulsivante y la lobotomía. Se destacaba que esta cirugía había sido recomendada por los médicos.⁶³

En 1948 se le había practicado la cirugía a Sofía y luego se la había llevado a su pabellón. Se decía que la paciente no presentaba variación mental luego de la operación, sólo a veces incontinencia de orina. A principios de la década de 1950 ella salió de la institución, pero debió regresar por sufrir un ataque epiléptico y por haber sido agresiva con su hija. Se describía que desde la cirugía se veían modificaciones en su anatomía: atrofia cortical y frontal y aumento del tamaño de los ventrículos. Para 1959 se la describía como perdida en tiempo y espacio, sin conciencia de enfermedad, y con poca atención:

“Como consecuencia de la lobotomía practicada manifiesta crisis epileptiformes [...] con pérdida de conciencia, contracciones generalizadas, lesiones traumáticas por caída”. Claramente su tratamiento no había modificado satisfactoriamente su cuadro mental, pero sí se consideraba que había generado un cambio en su diagnóstico: “síndrome esquizofrénico modificado por lobotomía, con epifenómenos por irritación cerebral”.⁶⁴

El segundo caso (ya mencionado en el capítulo tres), es el de Mariana ingresada en 1951, diagnosticada con esquizofrenia y fallecida en 1961. Ella recibió electroshock entre 1951 y 1954, además de sedantes y ampollas de leche. El 28 de marzo de 1956 se expresaba que “sería conveniente una lobotomía con la finalidad de tranquilizarla [...]”, lo que nos da a entender que la paciente seguía mostrando síntomas más allá de los múltiples tratamientos. Un año después, en 1957, la historia clínica manifestaba:

“Síntesis: hace seis años es internada en este hospital con un cuadro confusional. La evolución posterior con la incorporación de elementos esquizofrénicos, disociación, incoherencias, soliloquios, mutismo, etc. han obligado a someterla a una intensiva terapéutica [...] con la que se

⁶³ Historia clínica 9452, Legajo 3. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁶⁴ Historia clínica 9452, Legajo 3. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

logró mejorías pobres e inestables, las recidivas se han visto fortalecidas con suma agresividad evidenciables en palabras y hechos. Actualmente se muestra en mutismo que solo se quiebra en expresiones coproláicas y agresivas. En restraint permanentemente.”⁶⁵

En el mismo mes de marzo de 1957 se efectuó una lobotomía a Mariana y un mes después se registraba que su cuadro mental no se había modificado, por lo que regresaba al pabellón. En mayo del mismo año se describía:

“[...] enferma con impulsos agresivos, excitación psicomotriz, se indica ampliactil comprimidos 4 por día. Con carácter de medida urgente se indica ampliactil y somníferos 1 ampolla de cada uno-juntas-endovenosa”.

También se comentaban episodios de peleas físicas con otras pacientes y la presencia de cortes en su cuerpo. La cirugía parece no haber generado ninguna modificación en su cuadro a partir de las descripciones en la historia clínica y a su terapéutica se sumó el uso de psicofármacos. Mariana falleció cuatro años después y podemos ver en ella una paciente que recibió tratamientos de choque y biológicos, sin que se consiguiera modificar su cuadro.

Por último, la paciente Silvia también recibió lobotomía. Ella ingresó en 1933 y murió en 1965; su diagnóstico fue de psicosis maníaco depresiva y demencia secundaria. Sabemos que fue trasladada a Lomas de Zamora desde el HNA, que tuvo diversos episodios de fuga de la institución y un intento de suicidio. En 1949 se le efectuó una lobotomía, y las descripciones posteriores a la intervención quirúrgica siguieron siendo similares: fugas y agresividad. Se comentaba que era preciso contenerla con restraint por su irritación⁶⁶.

Marcamos un punto en el que encontramos distancia entre el análisis de Braslow y nuestros casos: es la temporalidad del uso de las lobotomías y la relación con otras terapias. En nuestro hospital encontramos el caso de

⁶⁵ Historia clínica 44087, Legajo 63. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁶⁶ Historia clínica 38030, Legajo 130. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

Mariana, a quien se le realizó una lobotomía en 1957, pero además las historias clínicas describen el uso de esta cirugía y de psicofármacos al mismo tiempo. Por lo tanto, y como fuimos marcando en otros momentos de la tesis, notamos que el caso puntual que analizamos presenta modos y tiempos propios de utilizar una terapia, probablemente según las condiciones de la institución y los criterios de los médicos a cargo. Esperamos en futuras investigaciones poder vincular estos casos de lobotomía con prácticas realizadas en otras instituciones argentinas, y de este modo analizar si hubo características particulares de nuestro país, en cuanto a técnica, perfil de paciente, combinación de terapias, o si cada institución siguió su propia lógica. Para sintetizar, podemos destacar a partir del registro en las historias clínicas, que las mujeres que fueron lobotomizadas presentaron cuadros de mucha agresividad, lo que permite pensar que mantener la convivencia con otras pacientes debe haber sido complejo para el personal. Además este hecho suma a la idea de que esta terapia también pudo haber cumplido la función de castigo. Asimismo, se trataba de pacientes que, antes de atravesar una psicocirugía, habían recibido otras terapias que, al parecer, fallaron. Sin embargo, en sus historias clínicas no se consignan mejorías con la lobotomía, más bien, los síntomas continuaban o aparecían otros nuevos (por ejemplo, la incontinencia urinaria en el caso de Sofía). Nos preguntamos entonces si estas cirugías se realizaban porque se pensaba que las pacientes iban a mejorar, o simplemente porque era una práctica que se estaba llevando a cabo en hospitales tomados como referentes a escala mundial. Concluimos que la lobotomía fue un recurso terapéutico que implicó la intervención en los cuerpos de las mujeres, sin conseguir cura, quizás con resultado de disciplinamiento momentáneo de las pacientes, y que fue registrado en los expedientes médicos como un tratamiento más, a pesar de haberse tratado de un procedimiento completamente invasivo e irreversible.

5.7- Terapias en la mente: cuerpo tranquilo, mente en tratamiento. La revolución del psicofármaco

Los psicofármacos fueron una bisagra en los tratamientos psiquiátricos a nivel mundial. En nuestro país se utilizaron desde los cincuenta, la producción teórica sobre los mismos cobró relevancia desde los sesenta, pero pasarían

muchos años hasta que estas drogas se convirtieran en las protagonistas indiscutibles para la terapéutica hospitalaria. Los artículos sobre la temática fueron escritos en muchas oportunidades por psiquiatras cercanos al psicoanálisis. Esto sucedió dentro de un período de cambios en la disciplina psiquiátrica, los cuales tardaron en llegar a las instituciones hospitalarias. Por lo tanto, en estos espacios hubo una convivencia de viejos y nuevos paradigmas que registramos hasta el final de nuestro estudio. Es por eso que analizaremos a continuación algunas de las ideas que plasmaban estos artículos médicos y cómo fue el uso de psicofármacos en la práctica hospitalaria. El uso de esta terapéutica específicamente en cuadros de psicosis, fue desarrollado en el capítulo cuatro.

Los textos sobre estas temáticas, daban fecha de inicio a la “era de la psicofarmacología” desde principios de la década de 1950⁶⁷. Sabemos que la primera droga psicotrópica disponible en la Argentina se introdujo en 1955, y el Haloperidol (la droga que más encontramos en los expedientes médicos del hospital Esteves) ingresó en 1964, prácticamente al mismo tiempo que en Estados Unidos⁶⁸. La aparición de los psicofármacos era vista como una revolución en la terapéutica psiquiátrica, ya que suponía la idea innovadora de que una sustancia química pudiera influir sobre un proceso psíquico⁶⁹.

Estos artículos marcaban la importancia de la especificidad de los psicofármacos y la relación con los diferentes diagnósticos a la hora de llevar adelante la medicación del paciente, ya que su uso implicaba un cambio en el proceso total de la enfermedad, pues la modificación de un síntoma significaba la transformación del proceso global. Para ello era importante ser muy cuidadoso a la hora de hacer la semiología psicopatológica. Se manifestaba también que el uso de las psicodrogas permitía acortar los tiempos de internación y ayudar en los trabajos terapéuticos, especialmente de

⁶⁷ Goldemberg, M., Barenblit, V. y Sluzki, C (1964), “Los psicofármacos en psiquiatría”, *Semana Médica*, tomo 125, Vol. I, n° 28, p. 126.

⁶⁸ Ucha Udabe, R. (2004), “The History of Psychotropic Drugs in Argentina”, en Ban, T. A, Healy, D., Shorter, E. (eds.), *The History of Psychopharmacology and the CINP As Told in Autobiography. Reflections on Twentieth-century Psychopharmacology*, Reino Unido, CINP, pp. 106-112.

⁶⁹ Caparrós, A. (1962), “Bases para el uso de psicofármacos”, *Anales Argentinos de Medicina*, año VII, Vol. VII, p. 153.

psicoterapia⁷⁰. Asimismo, se describía cómo desde el ingreso de los psicofármacos, se habían modificado los servicios hospitalarios, ya que al tener una nueva herramienta para tranquilizar a los pacientes, había disminuido el uso de chalecos de fuerza, del restraint y de las terapias de shock.

Como explicamos con anterioridad, la descripción de los artículos médicos referidos puntualmente al uso de psicofármacos para cuadros psicosis, fue desarrollado en el capítulo anterior. Describimos en él que localizamos los trabajos sobre psicofármacos en la década de 1960, que no fueron numerosos los artículos que encontramos sobre esta temática y que la mayor parte de ellos eran muy técnicos y desarrollaban las características farmacológicas de las drogas. Además de tratar sobre los beneficios e inconvenientes de su uso, describían algunas cuestiones sobre experiencias clínicas: tiempos de internación, combinación con otras terapias, complicaciones de estos tratamientos y características del trabajo con estos pacientes (más tranquilos y productivos). También hicimos hincapié en un problema que manifestaban los textos, que se vincula con nuestro caso de estudio: la dificultad de medicar según los diversos diagnósticos cuando las interpretaciones acerca de éstos cambiaban tanto entre psiquiatras⁷¹.

En el caso de nuestro hospital, los psicofármacos fueron utilizados en mayor proporción desde la década de 1960. Los que más se repitieron en las historias clínicas fueron: el neuroléptico Halopidol⁷², el neuroléptico ansiolítico Meleril⁷³,

⁷⁰ Goldemberg, Barenblit y Sluzki (1964), p. 123.

⁷¹ Más información sobre este tema en el capítulo cuatro. Véase Luna, J. A., Fernández Amallo, Cacliotti, C. y Bucich, G. (1969), "La trifluorperacina en la esquizofrenia. Su uso intratecal", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XV, n° 1, pp. 91-95; Melgar, R., Rodríguez Villegas, R., Weledniger, L. y Luna, H. M. (1961); Goldemberg, M., Bar, L., Caparrós, A., Casarino, M., Germano, C., Hammond, H., Kesselman, H. y Sluzki, C. E. (1961), "Nuestra experiencia en psicofarmacología clínica. Segundo Congreso Argentino de Psiquiatría. Tema II: Psicofarmacología clínica. Acta Neuropsiquiátrica Argentina", t. 7, pp. 83-84; Fischer, E. (1961a), "Algunos Aspectos Psicofisiológicos de la Psicofarmacología", *Psiquiatría*, Vol. 1, n° 4, pp. 61-66; (1961b), "Algunos enfoques clínicos de la psicofarmacología", *Psiquiatría*, Vol. 3, n° 1, p. 67.

⁷² Esta droga tiene una acción en delirios y alucinaciones que produce una eficaz sedación psicomotriz. Se la utiliza en casos de esquizofrenia aguda y crónica, paranoia, estado confusional agudo, alcoholismo, delirios hipocondríacos, trastornos de la personalidad, manía, demencia, retraso mental, excitación, agresividad y tendencia a la fuga.

⁷³ Psicofármaco que se usa en casos de psicosis como la esquizofrenia; también es utilizado para tratamientos a largo plazo de pacientes internados, ya que se lo

y el Valium⁷⁴. No encontramos una fundamentación sobre la decisión de medicar, o la elección entre el uso de una droga u otra, más bien parece responder a la disponibilidad del psicofármaco. De igual modo, fueron casi nulos los casos en que haya existido un cambio en la medicación a lo largo de toda la internación. Tampoco pudimos identificar seguimientos serios sobre la medicación suministrada a las pacientes. Notamos que los psicofármacos fueron utilizados para diversos cuadros diagnósticos y que el 11% de quienes recibieron esta terapia no tuvieron un diagnóstico registrado.

A diferencia de décadas anteriores, a partir de la década de 1960, el 30% de las pacientes recibieron terapia farmacológica. En este período encontramos descripciones en los expedientes médicos de pacientes sedadas continuamente mientras duraba su internación. También se describen situaciones de desobediencia o desborde de las mujeres que eran contrarrestadas con psicofármacos. Como Jimena, que ingresó en 1953 y falleció en 1986: sus diagnósticos fueron de esquizofrenia simple, oligofrenia y débil mental. Las fichas de enfermería la describen como agresiva e irrespetuosa; así se manifestó en el expediente médico:

“[...] en caso de que en algún turno arme ademanes y líos con pacientes o el personal hacerle la medicación indicada [...] se le realiza la medicación indicada pero la paciente continua eufórica y agresiva de palabra”.⁷⁵

Otro caso fue el de Gabriela (internada entre 1952 y 1957), admitida sin diagnóstico, a quien se le indicó restraint y sedantes por encontrarse excitada y agredir a otra paciente⁷⁶.

utiliza como un sedante en casos de manía, de depresión, de situaciones de violencia, por ansiedad, por privación del alcohol, por problemas de conducta, etcétera.

⁷⁴ Droga que tiene propiedades ansiolíticas, miorrelajantes, anticonvulsivantes y sedantes. Es utilizada para tratar estados de ansiedad y espasmos musculares, y también para tratar la ansiedad, el vértigo, el insomnio, entre otros.

⁷⁵ Historia clínica 8279, Legajo 11. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

⁷⁶ Historia clínica 44673, Legajo 45. Archivo General de la Nación, Departamento Intermedio. Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

Advertimos también que en la práctica cotidiana del hospital, utilizaron psicofármacos psiquiatras posicionados desde diversas posturas teóricas. Un ejemplo claro de esto es que en la experiencia piloto de Comunidades Terapéuticas que se llevó a cabo en la institución (1969-1971), abordada desde una postura teórica claramente psicoanalítica y de la psicología comunitaria, los médicos psiquiatras utilizaron la terapia farmacológica junto con diversos dispositivos como grupos terapéuticos, laborterapia, musicoterapia, etc.

El uso de psicofármacos también por parte de psiquiatras progresistas, vinculados con los nuevos tiempos de la disciplina, respondía a un momento donde el psicoanálisis y la psicología impregnaban cada vez más el campo de la salud mental. La historiografía sostiene que la llegada de los psicofármacos al país, influyeron en el uso de psicoterapias por parte de los psiquiatras, ya que ambos trataban el problema desde ángulos diferentes: la psicoterapia buscaba escuchar a los pacientes y los psicofármacos permitían generar las condiciones en ellos para poder ser escuchados⁷⁷. A su vez, la combinación de tratamientos medicamentosos con psicoterapias eclécticas, permitían un ejercicio profesional como lo hacían otros médicos. Pero esto también quitaba valor a las competencias de los psiquiatras, pues para la aplicación de esta terapia ya no se necesitaba la mirada especialista que se le adjudicaba al alienista de otros tiempos⁷⁸.

Podemos concluir entonces, que desde su aparición en la institución (como en el resto del país y del mundo), los psicofármacos modificaron el modo clínico de tratar a las pacientes, se utilizaron desde diversas líneas teóricas, significaron una nueva forma de ver la práctica psiquiátrica y permitieron poco a poco y parcialmente abandonar otras medidas como chalecos de fuerza, restraint y ampollas de leche. Notamos también que el registro del uso de estas drogas no tuvo un seguimiento médico cuidadoso, es más, en numerosas historias clínicas el único registro con que contamos son las fichas de enfermería –que suponemos llenaban las mismas enfermeras–, donde la voz de los médicos no se encuentra registrada ante las decisiones sobre qué medicación utilizar, cómo hacerlo y el por qué de esta decisión. Igualmente, a

⁷⁷ Plotkin, M. (2001), *Freud in the Pampas. The Emergence and Development of a Psychoanalytic Culture in Argentina*, Stanford University Press, California, p. 125.

⁷⁸ Dagfal, A. (2009), *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*, Buenos Aires, Paidós, p. 486.

partir de ciertos casos destacados, entendemos que era común medicar a las pacientes para calmarlas, es decir, para mantener el orden en algún espacio de la institución, lo que nos permite entender que el uso de estos fármacos tuvo otros fines además del terapéutico.

Segunda parte

5.8- Presencia “PSI” en el Esteves

En la década del sesenta, las nuevas concepciones sobre salud destacaban las cuestiones psíquicas, vinculares y socioeconómicas. A diferencia de décadas anteriores, cuando la mirada estaba puesta en características físicas, herencias genéticas y problemas congénitos, en este período tomaron relevancia las vinculaciones familiares de las pacientes, el entorno del que procedían, sus condiciones de subsistencia y las consecuencias psíquicas de todos estos factores. La idea de salud mental, la preocupación por la prevención, y las nociones sobre libertad impregnaron en cierta medida la psiquiatría asilar. Este hecho propició el ingreso de otros profesionales a los hospitales públicos, como psicólogos, psicoanalistas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. El “ojo clínico” en esta época volvió a modificarse al considerar las nuevas teorías e intervenciones en salud mental. De este modo, reemergió la observación de los actos de las pacientes, se corrió la mirada del cuerpo y el cerebro hacia las posibilidades de los intercambios con los terapeutas o ellas mismas en dispositivos psicológicos y psicoanalíticos.

La participación de todos estos profesionales de la salud se generalizó desde mediados de la década del sesenta en el Esteves. Su labor se concretó, en primer término, cuando empezaron a redactarse fichas psicológicas e historias sociales de las pacientes. A esto se sumó la planificación de actividades recreativas o trabajos terapéuticos grupales para los cuales se tenían en cuenta las posibilidades de las pacientes. Para los psiquiatras fue preciso diferenciarse de estos profesionales y resaltaron su lugar de médicos y el poder de curación que la medicina como ciencia les brindaba. Todo este proceso, marcó un cuestionamiento a las prácticas psiquiátricas que se venían desarrollando, al poder de los psiquiatras como únicos dueños del arte de curar y a la idea de salud vigente hasta ese momento, lo que generó resistencia

entre aquellos profesionales más ortodoxos.

Dentro de estas nuevas terapéuticas se efectuaron prácticas psicológicas importantes, especialmente en instancias diagnósticas. Se realizaban pruebas psicológicas –como el Test de Rorschach– y se generaban espacios de discusión mediante diferentes disparadores, por ejemplo, la lectura de diarios. Además, se ejecutaban otras actividades cuya organización recaía en manos de otros profesionales, como eran los talleres de musicoterapia⁷⁹. Todas estas nuevas prácticas psiquiátricas se desarrollaron en la experiencia piloto de Comunidades Terapéuticas. Es por esto que elegimos analizarla como una experiencia que aglutinó la presencia de prácticas psi.

5.9- Psiquiatría progresista en época de dictadura: “cuando sólo votaban los locos”. El Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas

5.9.1- Introducción

En el Hospital José Esteves de Lomas de Zamora, se desarrolló un proyecto piloto de Comunidades Terapéuticas entre 1969 y 1971. Esta experiencia fue acotada a uno de los catorce pabellones del hospital, por lo que se generó una convivencia en la institución entre prácticas psiquiátricas tradicionales, con elementos terapéuticos y teóricos del psicoanálisis y la psicología comunitaria. Sostenemos que esta propuesta de trabajo fue una influencia importante para el resto de la institución, y tuvo gran impacto para toda la sociedad de la zona. En este apartado, analizaremos cómo convivieron estas formas tan disímiles de tratar la enfermedad mental y los problemas que esta coexistencia trajo aparejados.

Mediante el análisis de las Comunidades Terapéuticas, el objetivo de este apartado es, además, realizar una mirada cruzada entre realidades ideológicas y culturales que acontecían en el país y que repercutieron en el mundo hospitalario. Como se analizará, en el marco de este proyecto se plasmaron actos de antisemitismo y persecución política hacia los trabajadores de la salud, así como la falta de comprensión de conceptos terapéuticos por parte de las autoridades de la institución, que fueron considerados expresiones políticas con un marcado tono comunista.

⁷⁹ Las psicoterapias eran combinadas con otros procedimientos, por lo general con las entrevistas psicológicas y terapias farmacológicas.

Asimismo, se buscará mostrar cómo se pusieron en cuestión algunas “antiguas verdades psiquiátricas” dentro de la institución hospitalaria: por una parte, el lugar del “loco” para la sociedad, a quien se le intentó quitar el estigma social mediante nuevos dispositivos de salud mental. Además destacaremos el modo de trabajo entre agentes de salud que intentaron llevar adelante una propuesta más horizontal e inclusiva de diversas disciplinas, como la psicología, la terapia ocupacional, el psicoanálisis y la asistencia social.

Las fuentes principales serán las historias clínicas, que se pondrán en diálogo con numerosas publicaciones en la prensa que recogieron las opiniones de los protagonistas durante el proceso de cierre y clausura del centro piloto desde fines de la década del sesenta hasta mediados de la década del setenta.

El trabajo histórico sobre las comunidades terapéuticas representa la antesala de una temática ya muy desarrollada en nuestro país, sobre la relación entre los gobiernos dictatoriales y la recepción psicoanalítica. Andrew Lakoff sostiene que la violencia de la dictadura implicó una represión para el psicoanálisis y la psiquiatría comunitaria, mientras este modelo político apoyaba a la psiquiatría biológica de los asilos⁸⁰. Por su parte, la posición de Enrique Carpintero y Alejandro Vainer también sigue esta línea, de acuerdo con la cual el psicoanálisis formaba parte de la resistencia a la represión, y el gobierno autoritario apoyaba la psiquiatría biológica⁸¹. Estas posturas se acercan a la mirada de la autora francesa Elizabeth Roudinesco, quien sostiene que el psicoanálisis sólo puede existir en un país con derechos legales que aseguren la transmisión del conocimiento⁸². Una mirada diferente para el caso de la Argentina fue trabajada principalmente por Mariano Plotkin, quien ha demostrado que en algunos casos el gobierno militar apoyó espacios psicoanalíticos y cómo en ocasiones la teoría psicoanalítica fue utilizada por personajes pertenecientes al gobierno militar⁸³. Marco Ramos retomó esta

⁸⁰ Lakoff, A. (2005), *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Nueva York, Cambridge University Press, p. 150.

⁸¹ Carpintero, E. y Vainer, A. (2004), *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*, 2 vols., Buenos Aires, Topía, vol. 2, p. 11.

⁸² Roudinesco, E. (1994), *Généalogies*, París, Fayard; (2001), *Why Psychoanalysis?*, Nueva York, Columbia University Press, p. 123.

⁸³ Plotkin, M. (2012), “The diffusion of psychoanalysis under conditions of political authoritarianism. The Case of Argentina 1960s and 1970s”, en Damousi, J. y Plotkin, M. (eds.), *Psychoanalysis and politics. Histories of psychoanalysis under*

temática, y mostró la presencia de psicoanálisis y psiquiatría comunitaria como herramienta de resistencia y opresión durante gobiernos militares⁸⁴.

Nuestra postura –sobre el inicio de este período trabajado por la historiografía– se acerca más a estos últimos dos autores, ya que analizamos cómo las persecuciones sufridas por los trabajadores del hospital se vinculó más a causas políticas e internas de poder en la institución, que a su mirada teórica sobre la psiquiatría. Esto sucedió debido a que la presencia de Comunidades Terapéuticas en el Hospital Esteves se desarrolló durante un momento introductorio de una época en que un número importante de psiquiatras consideraron preciso tomar un nuevo compromiso social y político, entre otras cosas integrando la teoría marxista al psicoanálisis y la psiquiatría comunitaria⁸⁵.

Entre los años 1966 y 1973 imperó en la Argentina un gobierno de facto, cuya particularidad fue la implantación de un modelo autoritario, caracterizado por la anulación de la expresión política y por un marcado interés por erradicar cualquier manifestación cultural o política vinculada con el comunismo. En este clima, signado por la represión y la persecución política e ideológica, la psiquiatría pasó de forma paradójica por un período de propuestas innovadoras y progresistas para la época⁸⁶. Durante esta etapa, desde el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM),⁸⁷ se propuso como experiencia piloto el trabajo de

conditions of restricted political freedoms, Nueva York, Oxford University Press, pp. 185-208.

⁸⁴ Ramos, M. A. (2013), "Psychiatry, Authoritarianism, and Revolution: The Politics of Mental Illness during Military Dictatorships in Argentina, 1966-1983", *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 87, n° 2, pp. 250-278.

⁸⁵ Ramos (2013), p. 253.

⁸⁶ Plotkin (2012), pp. 185-207; Ablard, J. (2003), "Authoritarianism, democracy and psychiatric reform in Argentine, 1943-83", *History of Psychiatry*, Vol. 14, n° 3, pp. 361-76; (2008), *Madness in Buenos Aires: Patients, psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*, Ohio, Ohio University Press.

⁸⁷ Como ya mencionamos, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) fue creado en 1957, bajo el mandato del Dr. Raúl Carrea, funcionario del gobierno de Pedro E. Aramburu. Este hecho se enmarcaba en las políticas mundiales de "Salud Mental" promovidas por la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo con las cuales se alentaba la responsabilidad del Estado en la prevención, tratamiento e investigación de las enfermedades mentales de todos los ciudadanos. El INSM contaba con dos organismos: el Consejo Nacional de Salud Mental, con miembros rentados; y una Comisión Nacional Asesora de Salud Mental, *ad honorem* y de composición interdisciplinaria. Véase Vainer, A. (1999), "Memorias para el Futuro 4. La primera residencia en Salud Mental", *Clepios, una revista para residentes de salud mental*, n° 16, p. 61.

comunidades terapéuticas⁸⁸. Éstas aparecieron en Argentina cuando el neurólogo coronel médico Julio Ricardo Estévez entró como director del INSM –bajo el gobierno de J. C. Onganía– y estuvo a cargo de todos los asuntos vinculados con la salud mental. En 1967, Estévez aprobó el Plan de Salud Mental que tenía como base el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y la Ley Kennedy de 1963 de los Estados Unidos. Sus aparentes objetivos eran la externación de los grandes hospitales psiquiátricos y la implementación de un sistema descentralizado de atención, mediante diferentes centros periféricos. En nuestro país, se impulsó a que se trabajara con comunidades terapéuticas como “experiencias piloto”, sin modificar los hospitales psiquiátricos⁸⁹.

En el campo disciplinar de la psiquiatría, la presencia de las comunidades terapéuticas implicó quiebres y opiniones encontradas. Por ejemplo, en la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), sufrió una división en 1960 entre los apoyaban en las reformas y los que seguían apoyando el clásico asilo psiquiátrico. En este contexto, los psiquiatras que se proclamaban de *derecha* junto con los *comunistas* apoyaban los asilos, mientras los psiquiatras “progresistas de izquierda”, junto con el gobierno militar de Onganía promovían las reformas⁹⁰. Es decir que la cuestión de las comunidades terapéuticas fue un parteaguas dentro de la comunidad de psiquiatras.

A continuación desarrollaremos los puntos más destacados de esta experiencia terapéutica.

5.9.2- Las innovaciones: el Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas

A finales de la década del sesenta las Comunidades Terapéuticas en el hospital de Lomas de Zamora, se sumaron a otras experiencias de este tipo implementadas en diversos hospitales de la provincia de Buenos Aires y del resto del país⁹¹.

⁸⁸ Carpintero y Vainer (2004).

⁸⁹ Vainer, A. (2005), “Memorias para el futuro 8. Sociedad de Locos”, *Clepios*, una revista de residentes de salud mental, n° 38, pp. 113-115. Véase también Ramos (2013), p. 255.

⁹⁰ Ramos (2013), p. 256

⁹¹ Mencionamos, como una de las más destacadas, la experiencia de Raúl Caminos en Federal, provincia de Buenos Aires. “Aclara los orígenes del conflicto el interventor del Hospital José Esteves”, *Clarín*, 12 de enero de 1971, p. 21.

Su ejecución se dio en un contexto mundial en el que se cuestionaba a la psiquiatría, tanto en relación con sus teorías y posicionamientos ideológicos como respecto de sus terapéuticas. En distintas partes del mundo tuvieron lugar movimientos de críticas y nuevos modos de entender esta disciplina, como la Psiquiatría Democrática italiana, los movimientos comunitarios de Estados Unidos y Canadá y la reforma psiquiátrica española. La muestra más fuerte de este proceso fue el desarrollo de la antipsiquiatría británica. Se cuestionaba la violencia de las instituciones hospitalarias, la falta de libertad de los pacientes y la postura ideológica de los psiquiatras, que se reflejaba en el proceso diagnóstico, entre otras cosas. Este fenómeno que atravesó la psiquiatría se enmarcó en una crisis cultural, ideológica y social que se gestó luego de la Segunda Guerra Mundial.

A escala nacional, el antecedente más importante de las comunidades terapéuticas fue la experiencia del Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico Hospital Doctor Gregorio Aráoz Alfaro, u Hospital Interzonal de Agudos Evita, conocido como “El Lanús”, bajo la dirección del psiquiatra Mauricio Goldemberg desde 1956. En este servicio se proponía el trabajo en equipos interdisciplinarios (enfermeros, psicólogos, médicos y asistentes sociales), se trabajaba con los pacientes de manera individual y grupal, se utilizaban tratamientos biológicos y psicoterapéuticos, se hacían terapias breves y terapias apoyadas en nociones psicoanalíticas, se realizaban programas de actualización profesional y se hacía trabajo de hospital de día. Este espacio y quienes trabajaron en él mostraron un nuevo modo de entender tanto a la enfermedad mental como a la terapéutica psiquiátrica en el país, marcada por una preocupación integral por la salud del paciente.

El propósito fundamental de la creación de las comunidades terapéuticas fue realizar una experiencia psiquiátrica diferente, apoyada en la psicología comunitaria, con el objeto de transformar el hospital y coordinar el servicio psicológico y psiquiátrico⁸. El centro piloto se desarrolló en un marco de privilegio en lo referente al número de profesionales por paciente y en la admisión de aquellos con los que era posible trabajar. En él se inició el trabajo con 68 camas y 74 agentes de salud, cuando en total había en el hospital 2.091 camas y 338 agentes técnicos, es decir, para muy pocas de las camas se utilizó una parte importante de los recursos entre los agentes de salud (el 22%).

El equipo profesional contaba con médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, psicopedagogas y terapeutas ocupacionales. La propuesta era trabajar de manera conjunta, interdisciplinaria y en un marco de relaciones horizontales; se buscaba que no existieran jerarquías ni relaciones de poder entre los profesionales de la salud y que esto se reprodujera en el vínculo con los pacientes⁹².

Apoyada sobre las nociones psicoanalíticas de grupo, por medio de esta experiencia piloto se buscaba reemplazar una estructura asilar clásica alienante, por un foco terapéutico que permitiera una remisión sintomática precoz del paciente. Para que ésta pudiera dar sus frutos, era preciso romper con viejos esquemas, sobre todo repensando la enfermedad mental, entendiendo al enfermo como un ser humano recuperable en la medida en que se le ofrecieran las posibilidades que necesitaba para hacerlo. Con la psicología comunitaria se buscaba que los individuos fueran conscientes de sus derechos y decidieran en comunidad por medio de discusiones. Las comunidades terapéuticas fueron una manera más de difusión del trabajo psicoanalítico, pues los profesionales que participaron de esta experiencia tenían esta formación teórica. De hecho, se trabajaba con grupos terapéuticos que funcionaban de acuerdo con los principios de la psicoterapia psicoanalítica de grupos, desde la línea de la psicoanalista inglesa Melanie Klein, que era la línea más seguida entre los psicoanalistas de la época⁹³.

Sus protagonistas se apoyaban en las nociones teóricas de Maxwell Jones, quien había realizado experiencias de comunidades terapéuticas en Inglaterra⁹⁴. El psiquiatra inglés, que visitó dos veces Argentina durante la década del sesenta y brindó diversas conferencias, afirmaba que la participación de los pacientes en la vida comunitaria era fundamental para su potencial resocialización y cura. Para tal fin, utilizaba la “asamblea” como dispositivo central de su trabajo⁹⁵. Los profesionales del Hospital José Esteves

⁹² Hubo un gran escándalo en el manicomio de Temperley por el caso de una médica, y el personal ocupó las instalaciones. *La Razón*, 23 de diciembre de 1970, p. 23.

⁹³ Entrevista realizada por la autora a L. E., médica trabajadora en comunidades terapéuticas, 3 de julio de 2012.

⁹⁴ Jones, M. (1952), *Social psychiatry; a study of Therapeutic Communities*, Londres, Tavistock; (1968), *Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Community*, Harmondsworth, Penguin Books.

⁹⁵ Carpintero y Vainer (2004).

sostenían que en él se realizaba por primera vez en Argentina la experiencia que Jones efectuaba en Inglaterra.

En el centro piloto se pasó de una asistencia basada en la cama a otra basada en la participación, buscando mediante las nuevas técnicas terapéuticas que las pacientes pudieran poner en expresión el hecho de estar internadas⁹⁶. El punto axial del trabajo era la asamblea; en este espacio, se pretendía una relación horizontal entre trabajadores de la salud y pacientes y en ella se discutían temas vinculados con la institución. La coordinación de éstas era rotativa y en algunas ocasiones la llevaban a cabo los mismos pacientes. Esta innovación terapéutica implicaba una gran distancia de la línea psiquiátrica vigente en el hospital, ya que buscó marcar un corte de una relación de poder del médico sobre su paciente y sobre los demás trabajadores de la salud. Con su voz y voto, el espacio de la asamblea le daba al paciente un lugar de poder de expresión y decisión, lo que lo movía de un lugar de cosificación a otro más humanizado. Por otra parte, las asambleas eran un espacio al que se invitaba a personalidades reconocidas de la psiquiatría, como Mauricio Goldemberg, y también del mundo artístico. Esto muestra que el proyecto piloto, además de ser una experiencia terapéutica, fue un movimiento cultural⁹⁷.

El pabellón no tenía rejas y la puerta estaba siempre abierta, lo que marcaba que la permanencia en la institución era una elección.⁹⁸ Parte de la experiencia piloto era el hospital de día, lo que permitía otro tipo de trabajo y un enfoque sin internación permanente⁹⁹. La cuestión de la internación y la ocupación de camas a largo plazo por parte de los pacientes era una preocupación administrativa de los hospitales en relación con su presupuesto, y esta propuesta de consultorio externo –más allá de sus fines terapéuticos–, que implicaba reducir los días de internación, suponía a la vez una reducción de gastos para el hospital¹⁰⁰.

Además, por fuera del hospital se trabajó con la comunidad, con cursos de psicología comunitaria para maestras, padres, policías y asistentes sociales de

⁹⁶ Grimson, W. (1970), “La comunidad terapéutica y el hospital psiquiátrico”, *Revista Argentina de Psicología*, n° 3, pp. 41-49.

⁹⁷ Entrevista realizada por la autora a L. E., médica trabajadora en comunidades terapéuticas, 3 de julio de 2012.

⁹⁸ “Los locos son ustedes”. *Revista Panorama*, 5 de mayo de 1971, p. 32.

⁹⁹ “Los locos son ustedes”. *Revista Panorama*, 5 de mayo de 1971, p. 32.

¹⁰⁰ Ramacciotti, K. I. (2009), *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos.

la zona, a modo de psicología preventiva¹⁰¹. Este trabajo preventivo indica que el campo de la salud mental empezó a ocuparse también del trabajo con el “sano”, y demuestra que se manejaba la idea de que los problemas subjetivos podían encontrarse en todos los espacios, e implicaba también levantar la barrera tan tajante entre el “sano” y el “enfermo”. Otra de las actividades realizadas fueron los paseos públicos, lo que permitió a muchos internos salir de la institución. Por último, se organizaban festivales, para lo cual se extendía la labor a todo el hospital, ya que se pretendía que pacientes de otros pabellones participaran de ellos¹⁰². Todas estas propuestas, además de tener una finalidad terapéutica, implicaron incorporar a los pacientes en el espacio público y le brindaron al “loco” una visibilidad por fuera de la institución, como parte de una comunidad. Esto marcó un corte simbólico y real con la mirada clásica de la psiquiatría, de acuerdo con la cual el “loco” debía ser aislado, alguien a quien se debía mantener escondido.

Otra forma de darle visibilidad al paciente internado y de romper con el estigma del “loco” fue por medio de la vestimenta: en los demás pabellones usaban camisones largos bordados con un número y el nombre del pabellón al que pertenecían; en la experiencia piloto los pacientes usaban ropa de calle, ya que se buscaba borrar las diferencias con profesionales. Por último, como corte más fuerte, desde el centro piloto se criticaba el uso de comas insulínicas, electrochoques, ampollas de leche y chalecos de fuerza, los cuales no fueron usados en este proyecto¹⁰³. Por éstas y otras diferencias, las iniciativas terapéuticas del pabellón que llevaba adelante el centro piloto generaban resistencia en los demás pabellones. De hecho, algunas experiencias que eran pensadas para toda la comunidad hospitalaria (como los festivales) no se pudieron poner en práctica por los mecanismos de control que se utilizaban sobre los pacientes de los demás pabellones. Este hecho es una muestra más de la tensión existente en el hospital entre las distintas maneras de entender el

¹⁰¹ “Origina un conflicto la separación de 2 médicos. Piden la reposición sus colegas de un hospital de Lomas de Zamora”. *La Nación*, 27 diciembre 27 de 1970, p. 17; “Psiquiatría. La comunidad alborotada”, Revista *Confirmado*, 6 de enero de 1970, p. 36.

¹⁰² “Origina un conflicto la separación de 2 médicos. Piden la reposición sus colegas de un hospital de Lomas de Zamora”, *La Nación*, 27 de diciembre de 1970, p. 17.

¹⁰³ “Si sigue el centro piloto, me salvo”, Revista *Panorama*, 5 de enero 5 de 1971, p. 33.

“arte de curar”.

La convivencia de estas prácticas psiquiátricas, tan distintas entre sí, no sólo se llevaba a cabo en el mismo hospital, sino que eran avaladas por el mismo marco institucional. Por esto consideramos importante marcar el recorrido que tuvo el proyecto de las comunidades terapéuticas en el hospital. El centro piloto contó con el apoyo de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, la Subsecretaría de la Provincia de Buenos Aires y el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). El psiquiatra Wilbur Ricardo Grimson –quien se había desempeñado previamente como jefe de la División de Epidemiología Psiquiátrica del INSM, contaba con experiencia en psicología comunitaria y tenía una formación psicoanalítica– fue nombrado coordinador del centro piloto. Sin embargo, en el segundo semestre de 1970, el Instituto Nacional de Salud Mental fue intervenido y puesto bajo la dirección provisional del doctor Agustín Héctor Badano. En el mismo año, Juan Ramón Rodríguez Leonardi se hizo cargo del Hospital José Esteves. Su primera medida fue desplazar a Grimson de su puesto. La doctora Lucila Edelman, quien se desempeñaba como coordinadora del área de Centro de Día, también fue desplazada.

Como veremos a continuación, la magnitud de estos acontecimientos de cierre del centro piloto y sus repercusiones en la prensa gráfica permiten aproximarse a un universo de posturas en tensión, cuyo análisis ayuda a desentrañar los avatares de la implementación de prácticas con influencias psicoanalíticas en salud mental y que muestra una faceta más del avance de la psiquiatría hacia una mayor heterogeneidad.

5.9.3- Contra una “infiltración comunista” y por una “sociedad normatizada”

En el proceso de cierre del centro piloto se generaron diversas críticas entre las autoridades del hospital y los profesionales de la salud que habían participado de la experiencia de las comunidades terapéuticas. Aunque estos reclamos fueron de diversos órdenes, se piensa que existió un trasfondo ideológico y religioso en ellos. En el contexto nacional, en julio de 1966, una junta militar destituyó al presidente radical Arturo Umberto Illia en lo que se denominó “Revolución Argentina”. En el transcurso de este gobierno militar se sucedieron los presidentes Juan Carlos Onganía, Ricardo Levingston y Alejandro A. Lanusse. Durante este período, las autoridades nacionales mantuvieron una

lucha abierta contra la “infiltración comunista” y aplicaron una férrea persecución ideológica de los ciudadanos (sobre todo de profesionales e intelectuales), basándose en los principios de la Doctrina de Seguridad Nacional, que era una doctrina militar aplicada en los países de América Latina, que surgió durante el conflicto entre Estados Unidos y la Unión Soviética. La finalidad era evitar el crecimiento del principal enemigo, el comunismo y la “subversión”. Este ataque también estaba dirigido a todo tipo de organización política partidaria, debido al “peligro” social que estos grupos implicaban¹⁰⁴. Hacia fines de la década del sesenta y durante la década del setenta, se produjo en Argentina una movilización general, con una radicalización de la clase trabajadora y de los sectores medios de la sociedad en el ámbito político, pero más aún con una movilización general en todas las esferas de la vida social: en el movimiento estudiantil, en el movimiento obrero, en el seno de la Iglesia, en la vida familiar, en el lugar de la mujer en la vida doméstica y pública, en la forma de vivir la sexualidad y en la producción de conocimientos, entre tantas otras¹⁰⁵.

La cuestión ideológica se hizo presente en el cierre del centro piloto. En primer lugar, los interventores sostenían que el espacio de las asambleas era utilizado con una finalidad política y llegó a ubicárselo a Grimson como un “líder” que ejercía su influencia sobre los pacientes para convertirlos en comunistas¹⁰⁶. Las autoridades entendían el concepto de asamblea desde una perspectiva política y no en relación con el uso terapéutico de esta práctica. El planteo terapéutico era político en sí, pues marcaba la necesidad de dar libertad al paciente, de considerar su subjetividad, su corporalidad y sus deseos. Por lo tanto, las cuestiones terapéuticas fueron utilizadas para dar fuerza a estas críticas. Incluso, el uso de un concepto como “asamblea” generó molestias en las autoridades del hospital, en un contexto en el que toda expresión o innovación era juzgada en clave política o ideológica y que, seguramente, fue considerada

¹⁰⁴ Altamirano, C. (2001), *Bajo el signo de las masas (1943-1973)*, Buenos Aires, Emecé; López, E. (1987), *Seguridad nacional y sedición militar*, Buenos Aires, Legasa.

¹⁰⁵ Andújar, A., D’Antonio D., Gil Lozano, F., Grammático, K., Rosa, M. L. (comps.) (2009), *De minifaldas, militancias y revoluciones. Exploraciones sobre los 70 en la Argentina*, Buenos Aires, Luxemburg.

¹⁰⁶ “La sombra del chaleco”, *Revista Análisis*, n° 511, 29 de diciembre de 1970-4 de enero de 1971, p. 18.

“izquierdista”. De este modo, se considera que las autoridades del hospital desconocían el significado que Jones le había dado al término “asamblea” en su teoría y homologaron el concepto con su uso político –como una forma de organización de los espacios de debate y tomas de decisión– sin tener en cuenta la complejidad o los matices que podía tener.

Ante esta situación de despido de Lucila Edelman, Grimson presentó su disconformidad, por lo que fue separado de su cargo para luego ser dejado definitivamente cesante, al igual que otros veinticinco profesionales de la salud¹⁰⁷. La reacción, tanto de la asamblea como del personal especializado, fue oponerse a estas disposiciones. Este hecho generó un gran impacto en la opinión pública, que se plasmó en las numerosas críticas y cruces de acusaciones de índole política, terapéutica, moral y administrativa, dirigidas a las comunidades terapéuticas y a los profesionales a cargo, aparecidas en la prensa gráfica.

La FAP apoyó a Lucila Edelman en relación con su despido y sostuvo que éste se debía a una discriminación ideológica. Además, destacaba que los militares se oponían a los “métodos revolucionarios” que ella y Grimson sostenían¹⁰⁸. Marco Ramos muestra cómo, a pesar de las nuevas disposiciones de los militares, hubo experiencias en otros espacios que pudieron seguir existiendo hasta 1976, a partir de pequeños cambios, como el hecho de llamar “reuniones” a las asambleas; es decir que, al parecer, las preocupaciones de los militares tenían más relación con el modo de nominar las prácticas que con éstas en sí¹⁰⁹.

Además, las medidas tomadas en el hospital fueron entendidas, entre los sectores más progresistas de los profesionales de la salud, como un “nuevo caso de discriminación ideológica”, ya que entre ellos se decía que esta decisión respondía a que la doctora Edelman había formado parte del Partido

¹⁰⁷ “Aclararon aspectos del conflicto imperante en el hospital neuropsiquiátrico Esteves”, *Clarín*, 12 de enero de 1971, p. 20; “Fue aplicada la ley de prescindibilidad a unos 25 profesionales del Hospital Esteves”, *La Prensa*, 6 de enero de 1971, p. 23.

¹⁰⁸ Estas líneas teóricas psiquiátricas que sostenían el uso de terapias de choque formaron parte de la tensión que existió con las nuevas ideas plasmadas para la salud mental de aquellos que impulsaron el proyecto de comunidades terapéuticas. Ramos (2013), p. 264.

¹⁰⁹ Ramos (2013), p. 265.

Comunista. También se mencionaba como una posible causa de separación que la doctora fuera judía¹¹⁰. De acuerdo con el discurso del doctor Badano, la medida tomada respecto de la doctora Edelman no respondía a razones políticas o religiosas y le resultaba irrisoria la denuncia sobre sus supuestas intenciones en una disciplina como la psiquiatría, en la que se desempeñaban gran cantidad de “hebreos”¹¹¹. Como puede verse, la expresión misma del director provisional delata su marcado antisemitismo, al resaltar a los “hebreos” del resto de los médicos psiquiatras.

En esta declaración se observa una característica muy común del antisemitismo en el país, donde no fueron directamente las instituciones las que se declararon antisemitas (excepto durante algunos momentos políticos concretos), sino que existió una división y diferenciación implícita respecto de aquellas personas judías en diversos ámbitos académicos y laborales. El hecho de marcar la diferencia y de mencionar que había una gran número de judíos entre los psiquiatras es una muestra de discriminación; en el imaginario social antisemita siempre se pensó a la profesión médica y sobre todo a la psiquiátrica como una profesión de “judíos”, ya que gran número de hijos de inmigrantes judíos nacidos en el país estudiaron carreras liberales. Esta idea genera una distancia innecesaria entre el resto de los médicos y aquellos médicos judíos con una cuestión personal que no se relaciona con cuestiones profesionales, es simplemente un modo de estigmatización¹¹².

Por otra parte, durante esta época las autoridades nacionales buscaron normativizar a la sociedad argentina, aplicando la censura y los principios de “buena moral y costumbres” vinculados directamente con los preceptos del “catolicismo preconiliar”¹¹³. En ese marco, también hubo denuncias de

¹¹⁰ “Salud mental. Posible macartismo”, *Análisis* n° 510, 22-28 de diciembre de 1970, p. 15.

¹¹¹ “Si sigue el centro piloto, me salvo”, *Revista Panorama*, 5 de enero 5 de 1971, p. 33; “Singular conflicto. Enfermos mentales resisten la destitución de dos médicos”, *Crónica*, 23 de diciembre de 1970, p. 19.

¹¹² Lvovich, D. (2003), *Nacionalismo y antisemitismo en la Argentina*, Buenos Aires, Ediciones B; (2006), *El nacionalismo de derecha: desde sus orígenes a Tacuara*, Buenos Aires, Capital Intelectual.

¹¹³ Fue una época en la cual se adoptaron medidas “moralistas” como perseguir cualquier manifestación sexual (se perseguían parejas en las plazas, se realizaban razias en hoteles alojamiento y se cerraban locales nocturnos), se prohibió el uso del pelo largo en hombres y las minifaldas en las mujeres en oficinas públicas. Véase Pujol, S. (2003), “Rebeldes y modernos. Una cultura de

supuesta inmoralidad en el centro piloto, basadas en supuestas desviaciones sexuales de las empleadas, hasta en los métodos terapéuticos puestos en práctica por parte de los agentes técnicos. Por ejemplo, se denunció a profesionales por “excitar” a los pacientes en las clases de expresión corporal.¹¹⁴ Esta crítica muestra el rechazo que generaba la incorporación de nuevas técnicas corporales en los tratamientos psiquiátricos, pero principalmente los prejuicios alrededor del trabajo con el cuerpo y la incapacidad de integrar lo corporal del paciente, es decir, de entenderlo como un “todo” físico y psíquico.

También se acusó a los profesionales del proyecto de permitir el “libertinaje sexual”: en julio de 1969 fueron trasladados cien hombres del Hospital Borda al pabellón del Hospital José Esteves, donde se llevaba adelante el proyecto de comunidades terapéuticas (recuérdese que se trataba de un hospital de mujeres), para cumplir los objetivos de integración de los pacientes a una realidad lo más cercana a la vida por fuera del mundo hospitalario. Sin embargo, se consideró que no se había preparado suficientemente ni a la institución ni a los pacientes para esto, motivo por el cual había “estallado la promiscuidad”. Esta acusación fue desmentida tanto por los profesionales de la salud como por los familiares de los pacientes.

5.9.4- Conclusiones sobre la experiencia piloto

Consideramos que no hubo una relación directa entre ideas políticas de izquierda y el dispositivo de las comunidades terapéuticas, más bien las comunidades terapéuticas constituían una técnica de trabajo y debían ser entendidas como tales, es decir, el uso que podía hacerse de ellas dependía en buena medida de los profesionales que las pusieran en práctica. Por lo tanto, sostenemos que el desempeño profesional de los trabajadores de salud que participaron de este proyecto fue juzgado y castigado por las autoridades de la institución y por una parte de la prensa, no por el desempeño laboral en sí ni por los resultados terapéuticos de sus propuestas, sino por cuestiones de los

los jóvenes”, en James, D. (dir.), *Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*, Nueva Historia Argentina, Tomo IX, Buenos Aires, Sudamericana, pp. 281-328; De Riz, L. (2000), *La política en suspenso. 1966-1976*, Historia Argentina, tomo 8, Buenos Aires, Paidós.

¹¹⁴ “Si sigue el centro piloto, me salvo”, Revista *Panorama*, 5 de enero de 1971, p. 33.

profesionales, como su religión y su ideología, lo que dificulta llevar a cabo una evaluación consistente respecto de la utilidad terapéutica del proyecto.

Al respecto planteamos, por una parte, que el hecho de acusar a los profesionales de comunistas y el gran revuelo que este hecho provocó en diversos medios de comunicación pudo haber resultado en una acusación/justificación de peso para estigmatizarlos, y que esto significó, en definitiva, que muchos de ellos fueran perseguidos. Por otra parte, las comunidades terapéuticas marcaban una crítica a las prácticas psiquiátricas que se venían desarrollando, al poder de los psiquiatras y a la idea de salud vigente hasta el momento, lo que generó resistencia entre los profesionales más ortodoxos. Por último, la búsqueda de las comunidades terapéuticas de incorporar experiencias colectivas de sociabilidad se tradujo erróneamente en actos emparentados con el “comunismo”.

Esta experiencia implicó abrir una puerta en la clínica psiquiatría de la institución, e introducir la palabra y las relaciones interpersonales como herramientas terapéuticas. A pesar de la relevancia de este episodio, y aunque los profesionales en este contexto del cierre brusco del centro piloto se posicionaron ante la opinión pública como los abanderados del cambio en la salud mental, destacamos que ya se estaban produciendo otros cambios (de modo sutil y aislado) en el hospital, como el ingreso de distintas profesiones vinculadas a la salud.

Consideramos que las bases de las Comunidades Terapéuticas abrieron una puerta para cuestionarse algunos aspectos del trato a las pacientes en relación con la salud mental. De este modo, se ponía en juego, por ejemplo, el concepto de libertad, ya que la elección de quedarse en la institución era de los pacientes. Al mismo tiempo, también fue cuestionada la relación entre disciplina y cura que se sostenía con la puesta en práctica de algunos tratamientos, como las terapias de choque. Permitirse repensar las terapéuticas abrió más la brecha existente entre las ideas hegemónicas en el campo de la medicina frente a la salud mental y las prácticas cotidianas en las instituciones, es decir, por medio del centro piloto se plantea la posibilidad de pensar más allá de la letra escrita, cuáles fueron las consecuencias de los tratamientos y cuáles fueron las posturas ideológicas, sociales y culturales sobre las que se sostenían.

Asimismo, destacamos los avances que el centro piloto implicó para las prácticas psiquiátricas en el hospital y la importancia de la incorporación de la psicología comunitaria en el tratamiento de los pacientes. También sostenemos que a pesar de su corta existencia, quizá las comunidades terapéuticas hayan generado una diferencia en toda la institución.

Por último, más allá de los cuestionamientos políticos y profesionales que surgieron alrededor de la experiencia, es importante tener presente que éste fue un proyecto avalado por diversas instituciones estatales. La acción misma de situar las terapias innovadoras por encima de las prácticas tradicionales implicaba toda una transformación profesional, pues se trataba nada menos que de la implantación de un nuevo paradigma en salud mental. Este cambio requirió, más que una suma de voluntades individuales, de una política estatal que miraba lo que sucedía en otros países, como Inglaterra, y que estaba dirigida a la transformación de la psiquiatría y la internación en la Argentina.

5.10- Algunas ideas finales

En primer lugar, destacamos los cambios que pudimos rastrear en aquello que se esperaba de las terapias, según lo que se fue entendiendo como intervención psiquiátrica: al principio se articuló con la posibilidad de observar los resultados en el trabajo realizado por las pacientes con la laborterapia, luego se movió al interior del cerebro de ellas (mediante malarioterapia, terapias de choque y lobotomía), para eventualmente resurgir hacia lo vincular y observable a partir de las interacciones entre las mismas mujeres y entre ellas y los trabajadores de la salud en psicoterapia, terapias de grupo, talleres y especialmente el dispositivo de asamblea.

En segundo lugar, destacamos que la práctica de algunas terapias en la institución tuvo otras finalidades más que la clínica. Así se utilizó el trabajo de las pacientes a modo de apoyo económico a la institución y de mantención de la limpieza, y utilizaron la aplicación por ejemplo de psicofármacos para mantener apaciguadas a las mujeres. Es por eso que, dejando de lado valoraciones personales y pensando la institución como un escenario complejo y dinámico, consideramos que es preciso tener presente en el nivel macro las dificultades de presupuesto que generaba una institución de esta envergadura,

y en el nivel micro, la complejidad del trabajo cotidiano de quienes convivían con la patología mental.

En tercer lugar, resaltamos que en todos los registros médicos analizados, no encontramos ninguno que haya asentado una modificación positiva a largo plazo en el cuadro mental de la paciente a partir de una terapia. Claro que no debemos olvidar que nosotros trabajamos con las pacientes que fallecieron en la institución. Las escasas mejorías de las mujeres luego de cualquier terapéutica, el análisis de los casos que recibieron diversos tratamientos sin lograr modificar los cuadros, sumado a los condicionamientos que manifestaban los artículos teóricos para que las terapias funcionaran, fortalecen esta idea sobre las insuficientes mejorías que estas terapias generaban. El caso más dramático en nuestro estudio, fue la intervención y mutilación en el cerebro de las mujeres a través de la loboterapia, sin conseguir mejoras duraderas.

En cuarto lugar, acerca de nuestra pregunta sobre si las terapias en el Esteves respondían a una esperanza de cura de las pacientes o al uso del hospital como laboratorio de prueba de terapias nuevas, nos surgen las siguientes ideas. La confianza depositada en la curabilidad de los cuadros psiquiátricos a partir del uso de tratamientos manifestada en los artículos médicos, y la incorporación al hospital de las terapias al poco tiempo de su creación, nos lleva a considerar que esta confianza pudo haber existido también entre los profesionales del Esteves. Pero el acotado número de mujeres que recibían estos tratamientos, nos acerca más a la idea de laboratorio. No podemos definir con claridad una de estas dos posturas a partir de los documentos que analizamos. Quizás la respuesta más clara que nos brindan las fuentes, es la practicidad del uso de las terapias para apaciguar a las mujeres y mantener el orden en la institución, y el hecho de que el uso de las terapias tuvo más relación con el devenir de la psiquiatría como disciplina relevante que con la cura de pacientes.

En quinto lugar, destacamos que la temática sobre las terapias practicadas en el hospital, nos permite marcar cortes y cambios dentro del proceso diacrónico: la presencia de laborterapia desde la creación de la institución, piretoterapias, psicocirugías y terapias de choque desde los treinta, psicofarmacología en los cincuenta y la presencia de nuevos paradigmas en salud mental condensados

en la experiencia de Comunidades Terapéuticas en los sesenta. La mayor parte de estas terapias se siguieron practicando desde su introducción hasta el final de nuestro estudio, por lo que encontramos combinación y superposición de las mismas. Marcamos esta periodización sin perder de vista que la mayor parte de las mujeres que analizamos no recibieron ninguna terapia durante su internación.

Por último destacamos, que la experiencia de Comunidades Terapéuticas, ocurrida entre 1969 y 1971, es utilizada como cierre del trabajo a pesar de haber durado menos de 24 meses. Esta elección se debe a que su existencia implica que en el Esteves hubo otro modo de entender la práctica psiquiátrica, y fue la antesala de un momento diferente en la historia de la psiquiatría en nuestro país –que repercutió en el hospital–, donde las coyunturas políticas impregnaron el mundo psiquiátrico, los debates, las organizaciones gremiales y también la clínica.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue analizar las formas de interpretar las patologías psiquiátricas y actuar ante las mismas, en hospitales de la provincia de Buenos Aires, en el proceso de incorporación y consolidación de la psiquiatría como disciplina médica en América Latina y en especial en la Argentina, ocurrido durante el largo siglo XX. La tesis se concentró en el hospital J. A. Esteves de Lomas de Zamora; en dos patologías en particular: la demencia precoz y la esquizofrenia; en un grupo de actores, los médicos psiquiatras que trabajaron en esa institución; y en una población completa de pacientes mujeres que fueron internadas hasta su fallecimiento en el hospital. El estudio se desarrolla entre 1908 y 1971, el año de fundación del mencionado hospital y el momento en el que finalizó en Proyecto Piloto de Comunidades Terapéuticas. Específicamente, lo que pretendimos con esta investigación fue explicar la relación entre las maneras de comprender la locura y la variedad de diagnósticos y tratamientos utilizados por los médicos para abordarla.

Como mencionamos a lo largo de esta tesis, con el abordaje de esta compleja problemática, pretendimos construir la noción de "ojo clínico", como una relación dialéctica e interactiva entre el contexto de posibilidades de interpretación de los psiquiatras pautado por la circulación de lecturas, de traducciones y producciones locales y el trabajo clínico psiquiátrico. Dentro de esta categoría también consideramos que la mirada, las interpretaciones y las acciones terapéuticas de los psiquiatras estuvieron permeadas por un entorno social y cultural que modificó su desempeño profesional. Recurrimos a esta noción porque nos permite articular una serie de cuestiones que están en juego en nuestra investigación: la teoría, la práctica clínica y algunos aspectos de los sujetos analizados, tanto médicos como pacientes.

Para la reconstrucción e interpretación del "ojo clínico" psiquiátrico elegimos abordar específicamente los diagnósticos de demencia precoz y de esquizofrenia. Tomamos como fuentes principales las historias clínicas de un grupo de pacientes fallecidas mientras permanecían internadas en el hospital Esteves durante el tiempo en estudio y artículos científicos escritos por médicos argentinos.

Consideramos que el análisis de las producciones teóricas a partir de artículos científicos es una posible puerta de entrada para entender cómo pensaron los psiquiatras su práctica disciplinar, y con qué concepciones se enfrentaron a sus pacientes en los espacios hospitalarios. Sostenemos que al mismo tiempo que las nociones patológicas se fueron construyendo y redefiniendo durante el siglo XX, también los psiquiatras acompañaron este proceso, y fueron encontrando su lugar en la sociedad y su función frente a la patología mental, proceso de redefinición que continuó hasta las últimas décadas del siglo pasado.

A pesar de ser éste el centro de nuestro interés, sabemos que el desarrollo teórico sobre las psicosis no fue el tema más relevante de las investigaciones de estos profesionales. Algunas posibles causas para esto son, primero, la cercanía a la teoría psicoanalítica desde las primeras décadas del siglo XX y la preocupación por la neurosis y el desarrollo de terapias como la hipnosis. Segundo, la preocupación por cuadros psiquiátricos leves. Tercero, que el trabajo con psicosis implicaba centrar la mirada en los hospitales, y en nuestro país, el desarrollo de la disciplina y el medio por el cual estos médicos consiguieron respeto y aceptación pasaban cada vez más por las funciones desarrolladas en otros espacios, como el peritaje psiquiátrico en el ámbito judicial y la práctica psicoanalítica.

Al analizar las producciones teóricas realizadas por autores argentinos sobre la demencia precoz y la esquizofrenia, buscamos entender qué escribieron estos médicos sobre los diagnósticos que utilizaban en el trabajo clínico en la institución hospitalaria, tomando como caso de estudio estas dos nosologías claves de la psiquiatría del siglo XX, que fueron también las más usadas en el hospital de Lomas de Zamora. En esta producción notamos la presencia de diversas teorías desarrolladas por autores extranjeros, que se combinaron de modo peculiar en el ámbito argentino. Aquéllas eran interpretadas y utilizadas a partir de las necesidades y particularidades del contexto local y de las condiciones de interpretación de dicho contexto. Así como se importaron nosologías y referentes, también se adoptaron debates y críticas que fueron reinterpretados según los propios debates locales. Entendemos entonces estas modificaciones como un proceso lógico, puesto que las ideas que viajaban desde su lugar de origen hacia otro contexto se interrelacionaban con las

producciones locales y con cierta ideología e idiosincrasia de los médicos, marcados por la pertenencia a un contexto particular.

Sostenemos que el modo de conceptualizar y nombrar la patología mental no sólo dependió del período que se analice, sino también de la patología a la que se refería. Con respecto a la demencia precoz y la esquizofrenia, se trataba de una descripción técnica muy atada a la letra europea; en estos casos, se hacía un esfuerzo por encajar las propias descripciones diagnósticas en estas lógicas producidas del otro lado del mar. Además destacamos que la importancia por definir la nosología apropiada (demencia precoz o esquizofrenia) parece haber sido más importante en la Argentina que en el resto del Latinoamérica. Esta última idea surgió del análisis de los debates entre psiquiatras de diversos países sucedidos en la Primera Reunión de las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas de Santiago de Chile de 1937.

Los debates entre psiquiatras acerca de las diferencias entre demencia precoz y esquizofrenia, a veces respondía a una disputa sobre modos de denominar a la patología y en otras ocasiones eran discusiones acerca de qué cuadro clínico se trataba. De este modo presentamos no sólo los cuatro ejes temáticos sobre los cuales más se teorizó acerca de dichas patologías, sino también distintos niveles de debates (semánticos y conceptuales).

Además, en los artículos escritos por los psiquiatras argentinos, encontramos constantemente referencias de las producciones de sus colegas. Este hecho indica que los profesionales consumían los trabajos locales, y que entre los participantes de la disciplina había una importante circulación de revistas sobre psiquiatría. Notamos también que los trabajos referidos a las patologías de demencia precoz y esquizofrenia estuvieron en manos tanto de los “grandes nombres” de la disciplina, como de psiquiatras que trabajaban en diversos espacios académicos u hospitalarios, ya sea que habían participado en cierto evento científico, o que pretendían exponer algún trabajo clínico propio sobre ciertas nociones teóricas.

El proceso de cambio en el “ojo clínico” muestra que el abandono de ciertas ideas y la aplicación de las mismas, no sucede de un momento a otro, más bien son procesos con sus rasgos particulares. Además, es preciso entender que no siempre hubo una mirada unívoca entre los médicos al enfrentarse a la patología mental y que existieron distintas posturas que convivieron en los

mismos períodos. Un ejemplo concreto es la producción teórica sobre el diagnóstico de demencia precoz primero y de esquizofrenia después. Ubicamos un primer artículo sobre esquizofrenia en 1929 y un último artículo sobre demencia precoz en 1943, por lo que notamos un espacio temporal de superposición en la escritura sobre ambas patologías de 14 años. Al período comprendido por estos tiempos propios de la disciplina, lo denominamos en la investigación un *tiempo medio*.

Por otra parte, como sostenemos que el modo más apropiado para acercarnos a la clínica en el campo de la psiquiatría es a partir de los diagnósticos realizados a las pacientes, nos ocupamos de entender cómo se realizó esto en el ámbito hospitalario. Nos centramos principalmente en el primer encuentro con el médico, esa especie de *rito* en el que una serie de rasgos mentales se etiquetan bajo el nombre de una patología mental y en el que la persona se convierte en enferma psiquiátrica. La interpretación de dichos síntomas y la elección del diagnóstico se llevan a cabo a partir de un marco de significados que guía al médico; pero a la vez, el acto de diagnosticar modela ese marco.

Nos enfocamos en dos aspectos que están presentes en las historias clínicas: el diagnóstico y las terapias. A las terapias, las analizamos en todos los casos en que se hayan presentado. Para los diagnósticos, los relevamos en todos los casos analizados en profundidad (1331) y nos centramos en el caso de estudio: la demencia precoz y la esquizofrenia. Enfrentar esta labor de diagnosticar significaba combinar toda herramienta teórica que ayudara a entender a las mujeres que tenían enfrente, pues la complejidad del trabajo clínico generaba que se mezclaran diversas corrientes de pensamiento psiquiátrico. Así, estas mujeres “depositadas” en la institución acompañaron con sus vidas los vaivenes de las teorías y las prácticas psiquiátricas pero siendo vistas de mismo modo: como enfermas crónicas.

Realizamos dos modos de análisis sobre las características de población hospitalaria y la vida cotidiana en la institución: una perspectiva cuantitativa del total de los casos seleccionados y en el período completo que abarca la investigación, y algunas lecturas cualitativas de casos excepcionales. Estos análisis nos permitieron encontrar dos realidades que conviven en nuestra investigación. Por un lado, al analizar toda la población, nos enfrentamos a una institución con rasgos de institución total, y por otro, al estudiar algunos casos

destacados, pudimos analizar la agencia de estas mujeres al reaccionar de modo activo ante las reglas explícitas e implícitas del hospital; el derrotero de estos casos los ubicamos en un *tiempo corto*. Examinar la totalidad de los casos y en el largo plazo nos permitió contextualizar las excepciones, entender qué representación tienen para el total de las mujeres en estudio y destacar el valor de su análisis.

Pensando en el *tiempo largo* de este proceso histórico, marcamos que el hospital parece haber tenido una inercia propia, en la que el tiempo se movía imperceptiblemente, y las descripciones que las fuentes hacen del cotidiano vivir parecen ser las mismas a pesar del paso de las décadas. Al analizar la vida cotidiana en la institución, quisimos reproducir esta sensación de quietud y “aislamiento del afuera” que aparece en las descripciones del hospital. Si hubo grandes cambios y cortes, éstos no fueron registrados en los documentos consultados.

En lo que refiere al interior de la institución, pretendimos describir también la cantidad, distribución y variedad de nacionalidades de la población inmigrante, mostrar las complicaciones que sufrieron estas mujeres en su estancia en la institución (en particular, en lo relativo al idioma), y por último, analizar cómo se configuró la interpretación y la acción médica frente a este grupo de pacientes (destacando el hecho diagnóstico). Notamos principalmente que en la mirada médica no pesaron las diferencias idiomáticas, pero sí la nacionalidad de las mujeres, lo que marcamos como una distancia cultural, sumada a la propia distancia entre un médico y una paciente. Además, describimos las escenas de violencia y la soledad que vivieron estas mujeres y el modo en que estas coyunturas pudieron influir en sus procesos de cronificación.

El objetivo de recuperar las terapias que se practicaron en el hospital radicó en tratar de comprender cómo se procedió ante todas las patologías mentales en la institución hospitalaria, y qué análisis teóricos aparecían sobre ellas en los artículos médicos. La mirada médica, creemos, se plasma también en el modo de registrar los tratamientos. Destacamos que entre todos los registros médicos analizados, no encontramos ninguno que haya asentado una modificación positiva a largo plazo en el cuadro mental de la paciente a partir de una terapia. Claro que no debemos olvidar que nosotros trabajamos con las pacientes que fallecieron en la institución. Las escasas mejorías de las mujeres luego de

cualquier terapéutica, el análisis de los casos que recibieron diversos tratamientos sin lograr modificar los cuadros, sumado a los condicionamientos que manifestaban los artículos teóricos para que las terapias funcionaran, fortalecen la idea sobre las insuficientes mejorías que estas terapias generaban. El caso más dramático en nuestro estudio, como ya mencionamos, fue la intervención y mutilación en el cerebro de las mujeres a través de la lobotomía, que en ninguno de los casos supuso mejoras duraderas. Los dos rasgos que más se destacan en la aplicación de los tratamientos son la practicidad del uso de las terapias para apaciguar a las mujeres y mantener el orden en la institución, y el hecho de que su utilización tuvo más relación con el devenir de la psiquiatría como disciplina relevante que con la cura de pacientes.

La imagen puesta de manifiesto en los trabajos teóricos sobre los tratamientos mostraba otra cara que lo que pudimos concluir a partir del trabajo hospitalario, y destacaba sus beneficios para la disciplina. Esto puede ejemplificarse con los artículos sobre terapias de shock. A partir de su aparición, surgió la posibilidad concreta para los psiquiatras de ocuparse de los cuadros mentales con tratamientos específicos y una tecnología particular, que les permitía ubicarse como pares con otras disciplinas médicas. Además, con la aplicación de estas terapias, la concepción sobre el paciente esquizofrénico cambió, ya que se pensó en la posibilidad de cura, o al menos en tratar sus síntomas y lograr una remisión momentánea. De este modo, desde lo manifestado en las producciones teóricas, el uso de estas terapias implicó un momento clave de cambio en la disciplina psiquiátrica: quizás la “condena de muerte y aislamiento” que implicaban ciertos cuadros mentales había terminado. Sabemos que para las pacientes del Esteves que estudiamos, todas aquellas que murieron en la institución, esto no aplicó.

Otro aspecto a destacar de las producciones teóricas sobre las terapias es la relevancia que éstas tuvieron dentro de los trabajos teóricos sobre esquizofrenia a partir de la década de 1940: las terapias de choque (cardiozol, insulino-terapia y shock eléctrico), psicofármacos y la psicoterapia psicoanalítica. El derrotero por los trabajos de los diversos autores nos permite observar la presencia de las terapéuticas para la psicosis desde distintas posiciones teóricas y en diferentes ámbitos de reconocimiento (tesis doctorales,

artículos, ponencias en congresos). Además, la idea de cura era diferente según la postura teórica que se siguiera: mientras el utópico punto de llegada en las terapias biológicas era la cura, para los psicoanalistas, los tratamientos buscaban manejar un síntoma, y el psicofármaco se ubicaba entre ambas. Como mencionamos anteriormente, la idea unificada fue el uso combinado de terapias: algo así como “paquetes” terapéuticos posibles de aplicar ante la patología de la esquizofrenia.

Por otra parte, el devenir de las terapias practicadas en el hospital nos permite marcar cortes y cambios dentro del proceso diacrónico: la presencia de laborterapia desde la creación de la institución, piretoterapias, psicocirugías y terapias de choque desde los treinta; la psicofarmacología en los cincuenta; y la presencia de nuevos paradigmas en salud mental condensados en la experiencia de Comunidades Terapéuticas en los sesenta. La mayor parte de ellas se siguieron practicando desde que se introdujeron hasta el final de nuestro estudio, por lo que encontramos su combinación y superposición. Destacamos aquello que se consideró “eficaz” en cada momento en relación con las terapias. Esto se vincula con lo que se fue entendiendo como intervención psiquiátrica: al principio se articuló con la posibilidad de observar los resultados en el trabajo realizado por las pacientes con la laborterapia, luego se movió al interior del cerebro de ellas (mediante malarioterapia, terapias de choque y lobotomía), para eventualmente resurgir hacia lo vincular y observable a partir de las interacciones entre las mismas mujeres y entre ellas y los trabajadores de la salud en psicoterapia, terapias de grupo, talleres, y especialmente, el dispositivo de asamblea.

Elegimos la experiencia de Comunidades Terapéuticas desarrollada en el hospital entre 1969 y 1971, como muestra de otro modo de entender la práctica psiquiátrica, bajo los principios teóricos del psicoanálisis y la psicología comunitaria. Consideramos que las bases de este proyecto abrieron una puerta para cuestionarse algunos aspectos del trato a las pacientes en relación con la salud mental. Esta experiencia implicó introducir la palabra y las relaciones interpersonales como herramientas terapéuticas. De este modo, se ponía en juego, por ejemplo, el concepto de libertad, ya que la elección de quedarse en la institución era de los pacientes. Al mismo tiempo, también fue cuestionada la relación entre disciplina y cura que se sostenía con el uso de algunos

tratamientos, como las terapias de choque. Permitirse repensar las terapéuticas abrió más la brecha existente entre las ideas hegemónicas tradicionales del hospital y las nuevas perspectivas de la salud mental. Además, por medio del centro piloto se planteó la posibilidad de pensar cuáles fueron las consecuencias de los tratamientos y las posturas ideológicas, sociales y culturales sobre las que se sostenían, y para entender este cambio fue que pusimos mayor hincapié en el contexto político-ideológico en el que se desarrolló este proyecto.

A pesar de la relevancia de este episodio, y aunque los profesionales en el contexto del cierre brusco del centro piloto se posicionaron ante la opinión pública como los abanderados del cambio en la salud mental, destacamos que ya se estaban produciendo otros cambios (de modo sutil y aislado) en el hospital, como el ingreso de distintas profesiones vinculadas a la salud. Más allá de los cuestionamientos políticos y profesionales que surgieron alrededor de la experiencia, es importante tener presente que éste fue un proyecto avalado por diversas instituciones estatales. La acción misma de situar las terapias innovadoras por encima de las prácticas tradicionales implicaba toda una transformación profesional, pues se trataba nada menos que de la implantación de un nuevo paradigma en salud mental.

El hospital en sí fue un punto de nuestro trabajo. Destacamos cómo un hospital creado para resolver el problema de hacinamiento del HNA y sin planificación a largo plazo, sigue abierto hasta hoy. Encontramos diferencias importantes entre la finalidad con la que se construyó la institución, y las prácticas que en ella se realizaban. Una institución pensada como “depósito de un resto” de población femenina se fue construyendo, ampliando y mutando hasta convertirse, seis décadas después de su apertura, en el escenario de un hito en la salud mental del país con el proyecto de Comunidades Terapéuticas recién mencionado. Los problemas básicos para los cuales se creó la institución –el hacinamiento y la cronicidad– se reprodujeron en este hospital. De igual modo, fue un espacio que promovió el desarrollo de la disciplina.

Las posturas entre los médicos a cargo del hospital, desde el momento de su creación, sobre qué tipo de institución se trataba, fueron diferentes. Hubo quienes sostuvieron que éste era sólo una institución creada y pensada para contener mujeres que ya no podían recibir tratamiento psiquiátrico, y otros

apostaron a este espacio como terapéutico. Al mismo tiempo, a partir de la década de 1940 hubo un corte en los dichos de figuras de relevancia, como sus directores. Concretamente, se pasó de la idea de un depósito de crónicas a un hospital llamado “moderno”. Demostramos que el Esteves fue un espacio donde se hicieron tratamientos, aunque más no fuera para probar terapias a modo de tranquilizar síntomas y formar psiquiatras, es decir, más cerca de la preocupación por el devenir de la disciplina que de la salud mental de las mujeres. Es más, sostenemos la hipótesis de que fue quizás el lugar secundario que se le dio a esta institución como un mero depósito de “intratables” el que pudo generar cierta libertad en los médicos para llevar a cabo su práctica.

A pesar de su lugar periférico dentro de la historia de las instituciones hospitalarias de Buenos Aires, notamos en su derrotero la presencia de los sellos más relevantes de las ideas psiquiátricas en el hospital: desde el tratamiento moral hasta las ideas psicoanalíticas y de la psicología comunitaria. Su carta fundacional y su alto número de pacientes crónicas, que verdaderamente no tuvieron otro destino en la institución más que esperar la muerte, no le quitó al Esteves el valor de haber sido un espacio donde se plasmaron las ideas y se probaron los diversos tratamientos que fueron llegando al país.

Por último, desde la década de 1960, el hospital se encontraba integrado a la comunidad. Para este período, claramente, la concepción sobre la institución había cambiado, al menos en una parte de los profesionales de la salud. Se sostenía la importancia de incorporar al enfermo mental dentro de una comunidad y de permitir el ingreso de los vecinos a la institución. Se entendía que los vínculos podían modificar los cuadros psiquiátricos y se empezó un proceso que continúa hasta hoy, que pretende quitar los estigmas de las pacientes y reintroducirlas a la sociedad, pero también se busca quitar el estigma a los profesionales que trabajan allí y a la institución misma.

Las historias clínicas fueron la principal fuente elegida para intentar analizar las prácticas psiquiátricas, sus cambios a lo largo del tiempo y su relación con lo que se escribía en las revistas especializadas. Trabajar con este tipo de fuentes nos permitió hacer una historia “desde abajo” y darles visibilidad a las mujeres como actores sociales (contar sobre su cronicidad, si recibieron

tratamientos, detalles de su vida en el hospital, la falta de vínculo con su familia y, en el caso de muchas extranjeras, el hecho de que no hablaran el castellano, entre otros factores). En ocasiones, la visibilidad de las mujeres se pudo registrar desde una metodología cualitativa en la lectura profunda de un caso (por ejemplo, a partir de una carta escrita por una de ellas), pero fue la masividad de fuentes lo que permitió rastrear datos sobre ellas, a partir de analizarlas desde una perspectiva cuantitativa. Así, la labor con un número amplio de historias clínicas permitió generar el contexto para entender el caso particular que se analiza, y qué lugar ocupa en el total de los casos. Es decir, el uso metodológico que realizamos responde a qué tipo de historia quisimos hacer.

Al encontrarnos con las historias clínicas de las pacientes del hospital, se inició un proceso de búsqueda de lo que llamamos en esta tesis “de las fuentes al problema”. A estos expedientes, que presentan características particulares, que tienen gran valor histórico pero que aparecen sumamente fragmentados, debimos ubicarlos historiográficamente y vincularlos con otras fuentes; además, nos resultaron útiles en la medida en que nos incitaron a buscar las herramientas teóricas y metodológicas para transformarlos en un problema histórico. Así, nos ocupamos de ensamblar la información, y lo que pudimos construir se manifiesta en los ejes desarrollados en esta tesis.

El “ojo clínico” fue, así, un punto de llegada y no de partida de un recorrido de investigación; una hipótesis de trabajo que usamos porque nos permite articular distintos aspectos de lo que fue la vida en el hospital Esteves, las prácticas médicas, las teorías que se sostenían y algunos indicios sobre la vida de las personas que habitaban la institución. Es por esto que cada capítulo de esta tesis es una investigación en sí misma, con hilos conductores que unen uno con otro, lo que genera que cada temática tenga también sus propios resultados.

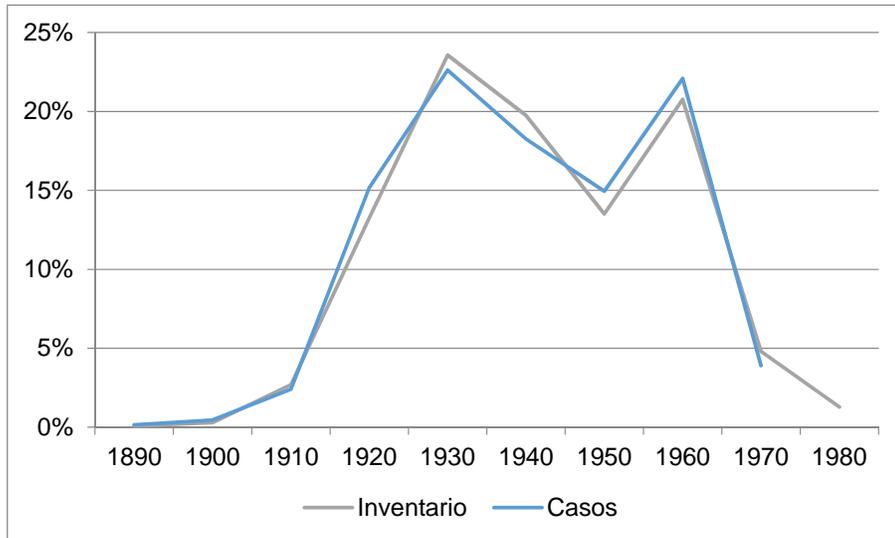
Como ya mencionamos, tomamos el guante de la historiografía psiquiátrica especializada, y asumimos el compromiso de ocuparnos de nuevos problemas (la clínica psiquiátrica y la mirada médica) y nuevas fuentes (los expedientes médicos), pero además, destacamos el valor de centrar este trabajo en el campo psiquiátrico argentino. Consideramos de gran valor para la historiografía nacional poder hacer ese cruce entre el análisis de lo que leyeron los

psiquiatras locales, cómo lo reinterpretaron y mezclaron con sus ideas en sus propias producciones, junto con el modo en que llevaron adelante su labor clínica en las instituciones hospitalarias. Sostenemos que este tipo de análisis permiten aportar a la reconstrucción de un campo psiquiátrico local con rasgos propios, y a la vez es un paso más para ubicar los puntos de encuentro y de distancia en la construcción de una disciplina psiquiátrica latinoamericana.

La complejidad del problema de investigación hizo que esta tesis no se ajuste a una historia ortodoxa de la psiquiatría, de la salud pública ni de la psicopatología descriptiva. De igual modo, sostenemos el valor histórico de investigar el modo de interpretar y actuar ante las patologías psiquiátricas como una puerta de entrada para entender la clínica y para realizar una historia, que permita conocer rasgos fraccionados de lo que sucedió dentro de los hospitales. Por lo tanto, creemos que, como historiadores de la psiquiatría, es preciso respetar el material histórico al que nos enfrentamos, no forzarlo para que responda las preguntas tradicionales de cierto campo y encarar el trabajo a pesar de sus complejidades específicas. Consideramos entonces, que esta hipótesis de trabajo y el cruce que realizamos entre el análisis cuantitativo y el cualitativo conforman un modo de abordaje que permite comprender cómo trabajaron los psiquiatras y es un modelo que puede servir como puerta de entrada para estudiar otras instituciones u otras poblaciones. En definitiva, el “ojo clínico” fue nuestro modo de abordar el problema y esperamos que sea un puntapié inicial para futuras investigaciones en este campo.

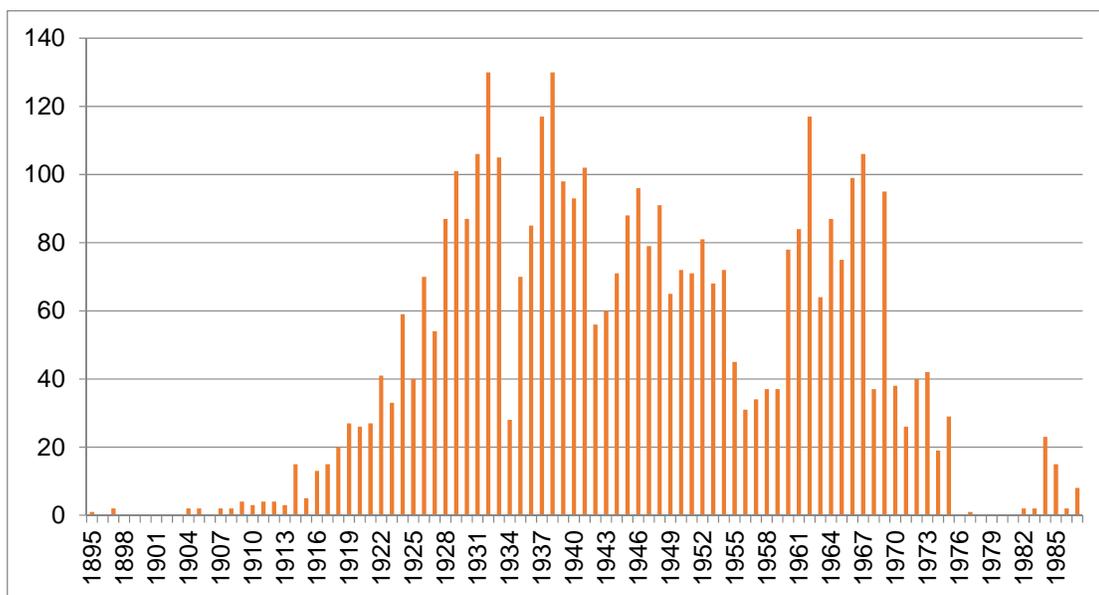
ANEXO Nº 1: GRÁFICOS

Gráfico Nº 11: Distribución de ingresos por décadas (en porcentaje). Comparación entre el total de las historias clínicas y los casos con los que trabajamos.



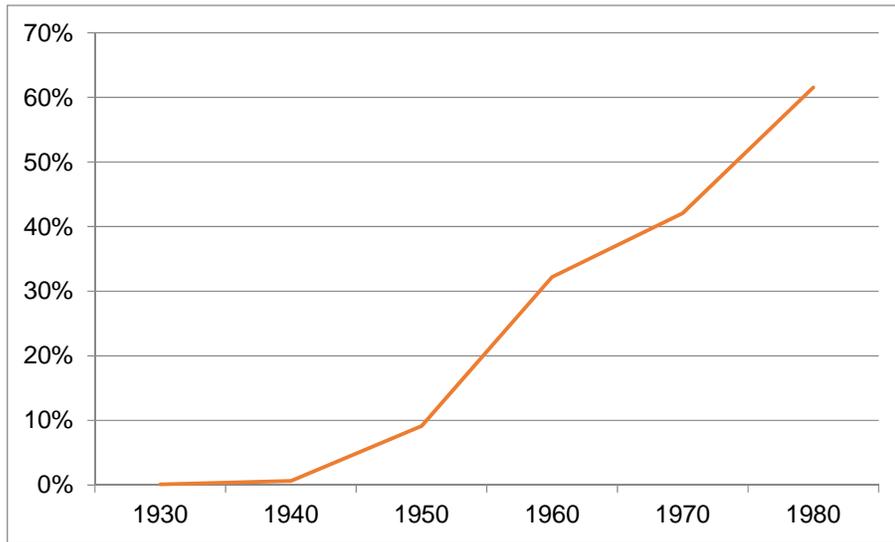
Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del Hospital Esteves (Total de casos: 4058; total de los casos estudiados: 1331).

Gráfico Nº 12: Distribución de ingresos por año.



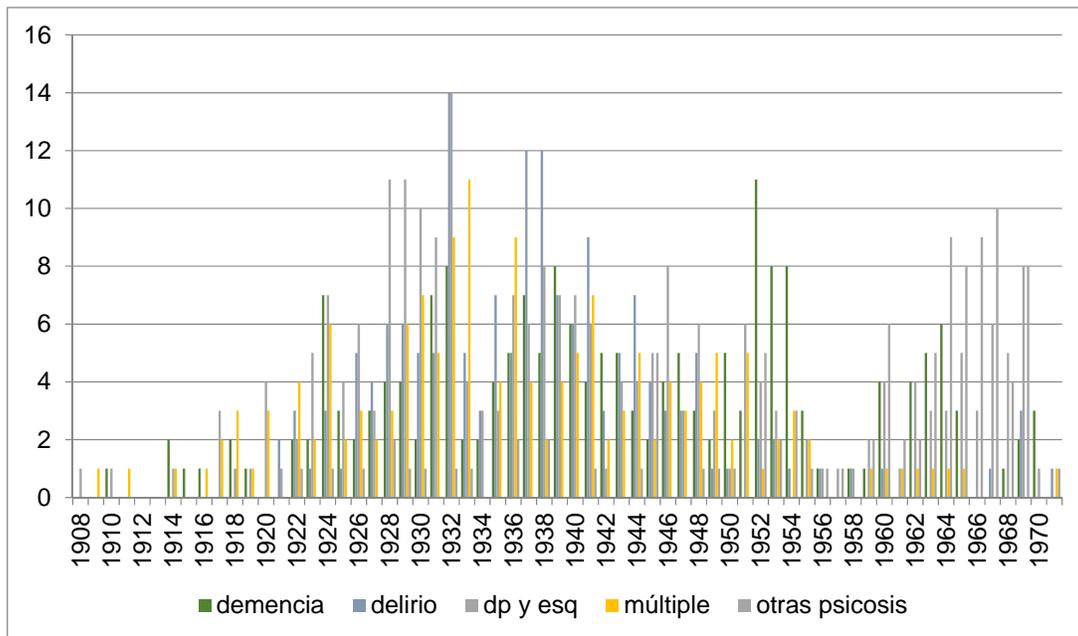
Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en el total de las historias clínicas.

Gráfico 13: Porcentaje de pacientes que estuvieron menos de un año internadas en el Hospital Esteves.



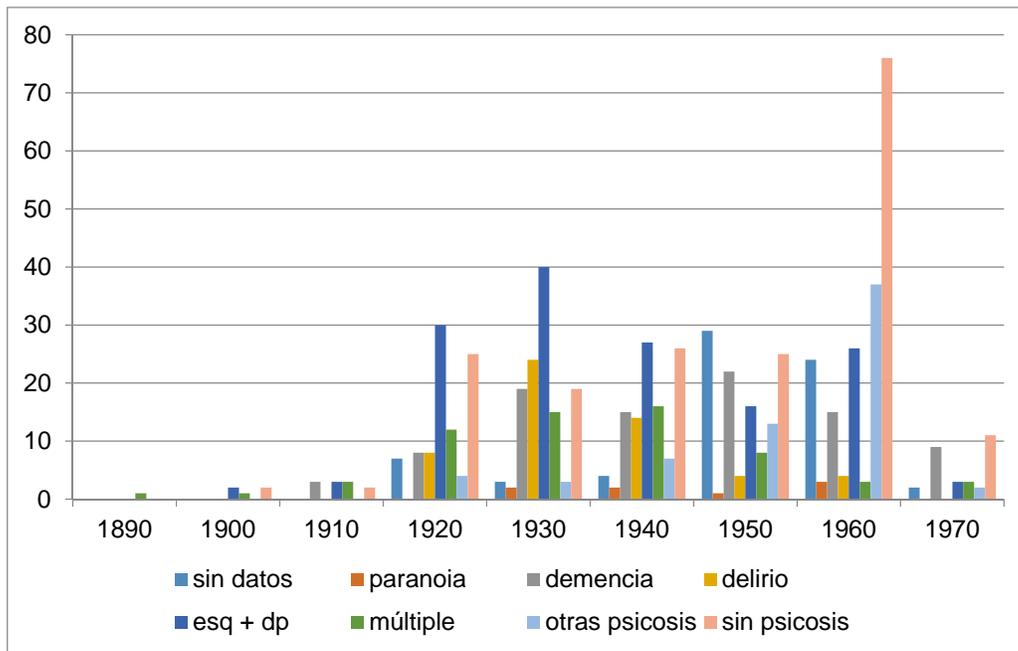
Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

Gráfico N° 14: Distribución anual de los diagnósticos de las pacientes del Hospital Esteves (1908-1971).



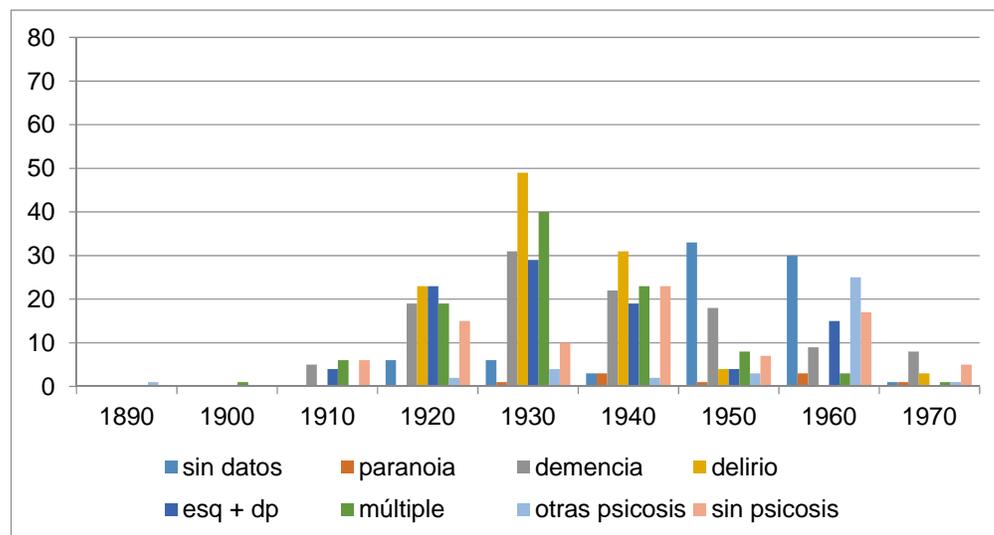
Fuente: Totales calculados sobre la clasificación personal de los diagnósticos a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

Gráfico N° 15: Distribución de las pacientes argentinas clasificadas según el diagnóstico consignado en las historias clínicas.



Fuente: Totales calculados sobre la clasificación personal de los diagnósticos a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados

Gráfico N° 16: Distribución de las pacientes extranjeras clasificadas según el diagnóstico consignado en las historias clínicas.



Fuente: Totales calculados sobre la clasificación personal de los diagnósticos presentes a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

ANEXO Nº 2: CUADROS

Cuadro Nº 11: Total de pacientes, altas y defunciones en el hospital Esteves entre 1911 y 1935.

Año	Salidas	Defunciones	Total existencia	Altas (%)
1911			495	
1912			491	
1913		3	556	
1914	2	2	574	0%
1915	1	2	493	0%
1916	20	21	526	4%
1917	1	1	524	0%
1918	14	20	495	3%
1926	33	49	762	4%
1929	17	12	766	2%
1931	29	27	915	3%
1934	29	57	2398	1%
1935	9	9	2428	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en los Libros de Actas de la Sociedad de Beneficencia. Archivo General de la Nación.

Cuadro Nº 12: Nacionalidades consignadas en las historias clínicas de las pacientes del Hospital Esteves.

Sin dato	75
Alemania	37
Arabia	5
Argentina	2146
Armenia	11
Australia	1

Austria	24
Bélgica	4
Bolivia	3
Brasil	20
Bulgaria	1
Checoeslovaquia	19
Chile	16
Egipto	1
Eslovaquia	1
España	872
Estados unidos	5
Francia	37
Grecia	1
Holanda	3
Hungría	9
Inglaterra	8
Irlanda	1
Israel	1
Italia	404
Japón	3
Líbano	7
Lituania	22
Paraguay	28
Persia	1
Perú	2
Polonia	107
Portugal	18
Puerto Rico	1
Rumania	11
Rusia	65
Siria	9

Suiza	5
Turquía	5
Ucrania	5
Uruguay	45
Yugoeslavia	19
Total	4058

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en el total de las historias clínicas.

Cuadro N° 13: Porcentaje de pacientes por década clasificadas según su nacionalidad.

Nacionalidad	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970
Argentinas	50%	83%	34%	47%	42%	46%	59%	64%	58%
Extranjeras	50%	17%	66%	53%	56%	52%	39%	35%	38%

Fuente: Porcentajes calculados sobre la nacionalidad declarada en las historias clínicas (tomado de los casos seleccionados).

Cuadro N° 14: Porcentaje de mujeres diagnosticadas con algún tipo de psicosis según su nacionalidad.

Nacionalidad	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970
Argentinas	50%	75%	38%	42%	40%	45%	63%	62%	55%
Extranjeras	50%	25%	63%	58%	60%	55%	37%	38%	45%

Fuente: Porcentajes calculados sobre la clasificación personal de los diagnósticos presentes en las historias clínicas (tomados de los casos seleccionados).

Cuadro N° 15: Revistas argentinas analizadas que contienen artículos sobre las psicosis estudiadas.

Acta Neuropsiquiátrica Argentina	10
Acta Psiquiatría y Psicología Argentina	4
Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas 1938	5
Anales Argentinos de Medicina	1
Anales de Biotipología	2

Archivos de Criminología	8
Archivos de Criminología, Medicina Legal y Psiquiatría	2
Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia	1
Boletín del Instituto Psiquiátrico	10
Neuropsiquiatría	17
Personajes	36
Psicoanálisis	2
Psicoterapia	2
Psiquiatría	8
Psiquiatría y Criminología	15
Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría	2
Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal	9
Revista de Criminología Psiquiatría y Medicina Legal	36
Revista de Psicoanálisis	9
Revista de Psiquiatría y Criminología	19
Total de artículos	198

Fuente: Archivo de la Facultad de Medicina de la UBA y Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Cuadro Nº 16: País de origen de los autores de los artículos relativos a estas temáticas.

País	Cantidad
Alemania	2
Argentina	70
Austria	1
Brasil	2
Canadá	1
Chile	1
Colombia	2
Cuba	2
España	1

Francia	2
Italia	1
Perú	4
Uruguay	1
EEUU	4

Fuente: Revistas médicas nacionales. Archivo de la Facultad de Medicina de la UBA y Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Cuadro N° 17: Cantidad de artículos de autores extranjeros por país de origen¹.

País	cantidad de artículos
Alemania	2
Austria	1
Brasil	2
Canadá	2
Chile	3
Colombia	3
Cuba	3
España	1
Francia	2
Italia	1
Perú	6
Uruguay	3
EEUU	5

Fuente: Revistas médicas nacionales. Archivo de la Facultad de Medicina de la UBA y Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Cuadro N° 18: Presencia o ausencia de terapias según diagnóstico, expresada por décadas. 1930-1960

¹ El país que figura en el cuadro es el especificado en el artículo. Hay algunos escritos en coautoría, cuyos autores declaran el mismo país de procedencia.

década		paranoia	demencia	delirio	dem. precoz esquizofrenia	múltiple	otras	no psicosis	s/dato	total
1930	con terapia	1	0	10	11	15	1	1	1	40
	sin terapia	2	50	65	60	40	6	29	9	261
	Subtotal	3	50	75	71	55	7	30	10	301
1940	con terapia	4	10	11	25	25	4	12	3	94
	sin terapia	1	29	35	22	15	5	38	4	149
	subtotal	5	39	46	47	40	9	50	7	243
1950	con terapia	2	10	4	15	9	10	6	8	64
	sin terapia	0	31	4	6	7	6	26	55	135
	subtotal	2	41	8	21	16	16	32	63	199
1960	con terapia	6	14	3	29	4	45	66	23	190
	sin terapia	0	11	2	13	2	18	27	31	104
	subtotal	6	25	5	42	6	63	93	54	294

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

Cuadro N° 19: Presencia o ausencia de terapias aplicadas a las pacientes diagnosticadas con Demencia Precoz y Esquizofrenia.

Década	con terapia	sin terapia
1930	15%	85%
1940	53%	47%
1950	71%	29%
1960	69%	31%

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

ANEXO 3: THESAURUS DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL ESTEVES

1. Alcoholismo
2. Alcoholismo Agudo
3. Alcoholismo Crónico
4. Alienación Mental
5. Alucinación Secundaria
6. Arterioesclerosis
7. Arterioesclerosis Cerebral
8. Arterioesclerosis Demencial
9. Cicloide
10. Ciclotímica
11. Confusión Mental
12. Confusión Mental Postraumático
13. Coreoatetosis
14. Crisis Maníaca Confusional
15. Cuadro Demencial
16. Débil Mental
17. Débil Mental Inestable
18. Debilidad Mental por un Cuadro de Excitación
19. Deficiencia Mental
20. Degenerada
21. Degenerada Hereditaria
22. Delirio
23. Delirio Alucinante Persecutorio Crónico
24. Delirio Alucinatorio Crónico
25. Delirio Alucinatorio de los Desarmónicos
26. Delirio Alucinatorio e Interpretativo Crónico
27. Delirio Alucinatorio Místico Crónico
28. Delirio Alucinatorio Persecutorio
29. Delirio Alucinatorio y Persecutorio de los Degenerados
30. Delirio Celotípico
31. Delirio con Alucinaciones
32. Delirio de Imaginación
33. Delirio de Interpretación
34. Delirio de Interpretación de Carácter Persecutorio
35. Delirio de Interpretación de los Desarmónicos
36. Delirio de los Débiles
37. Delirio de los Desarmónicos

38. Delirio de los Desarmónicos con Alucinaciones
39. Delirio de Persecuciones
40. Delirio Megalómano
41. Delirio Megalómano Absurdo en un Débil
42. Delirio Persecutorio a base de Interpretaciones Delirantes de una Débil Mental
43. Delirio Persecutorio de Interpretación
44. Delirio Persecutorio Interpretativo Celoso
45. Delirio Persecutorio Interpretativo Crónico
46. Delirio Persecutorio Sistematizado Alucinatorio e Interpretativo
47. Delirio Polimorfo
48. Delirio Polimorfo de los Degenerados
49. Delirio Polimorfo de los Desarmónicos
50. Delirio Polimorfo Evolutivo
51. Delirio Profundo de los Desarmónicos
52. Delirio Sistemático Alucinatorio
53. Delirio Sistemático Alucinatorio Crónico
54. Delirio Sistemático Crónico
55. Delirio Sistemático Interpretativo
56. Delirio Sistemático Megalómano
57. Delirio Sistemático Progresivo
58. Delirio Sistematizado Alucinatorio
59. Delirio Sistematizado Crónico de Grandezas
60. Delirio Sistematizado Interpretativo
61. Delirio Sistematizado Persecutorio
62. Delirio Sistematizado Persecutorio Crónico
63. Delirio Sistematizado Progresivo
64. Delirium Tremens
65. Demencia Precoz Tipo Catatónico
66. Demencia Precoz Simple
67. Demencia Vesánica
68. Demencia
69. Demencia Arterioesclerótica
70. Demencia Circular
71. Demencia Epiléptica
72. Demencia Esquizofrénica
73. Demencia Incipiente
74. Demencia Maníaca
75. Demencia Maníaca Depresiva
76. Demencia Mental
77. Demencia Mesíánica

78. Demencia Orgánica
79. Demencia Paralítica
80. Demencia Persecutoria Alucinatoria
81. Demencia Postraumática
82. Demencia Precoz
83. Demencia Precoz Catatónica
84. Demencia Precoz Esquizotímica (defecto posesquizofrénico)
85. Demencia Precoz Forma Paranoide
86. Demencia Precoz Hebefrénica
87. Demencia Precoz Hebefrénica Catatónica
88. Demencia Precoz Infecciosa
89. Demencia Precoz Paranoica
90. Demencia Precoz Tipo Simple
91. Demencia Presenil
92. Demencia Secundaria
93. Demencia Secundaria Pos Síndrome Delirante
94. Demencia Vesánica
95. Demencial con Ideas Delirantes No Sistematizadas
96. Depresión Melancólica
97. Depresión Melancólica Hipocondríaca
98. Depresión Posaborto
99. Depresión Senil
100. Depresiva
101. Disgregación Mental
102. Enajenación Mental
103. Enferma Convulsiva
104. Epilepsia
105. Epilepsia en una Personalidad Antisocial
106. Epilepsia sin Psicosis
107. Episodio Delirante en una Constitución Desarmónica
108. Episodio Delirante en una Débil Mental
109. Episodios de Excitación Maníaca
110. Erotismo
111. Esquizofrenia
112. Esquizofrenia Catatónica
113. Esquizofrenia Crónica
114. Esquizofrenia Demencia Precoz
115. Esquizofrenia Demencial
116. Esquizofrenia Hebefrénica
117. Esquizofrenia Hebefrénica en Evolución Demencial

118. Esquizofrenia Parafrénica
119. Esquizofrenia Paranoide
120. Esquizofrenia Simple
121. Estado Confuso
122. Estado de Alienación Mental
123. Estado Delirante
124. Estado Demencial
125. Estado Depresivo Mental Melancólico
126. Estado Parafrénico
127. Estupor Histérico
128. Excitación Maníaca
129. Excitación Maníaca de Naturaleza Posiblemente Tóxica
130. Excitación Maníaca en Senil
131. Excitación Maníaca Esquizofrénica
132. Excitación Psicomotriz
133. Fondo Histérico
134. Fondo Mental Deficitario
135. Hipomanía
136. Idiocia
137. Idiotez
138. Imbecilidad
139. Imbecilidad Adquirida Posmeningítica
140. Lactancia
141. Locura Maníaca Depresiva Crónica
142. Locura Maníaco Depresiva
143. Locura Neuropática
144. Locura Neuropática Epiléptica
145. Locura Neuropsicopática (histeria)
146. Locura Periódica
147. Locura Periódica (origen puerperal)
148. Locura Perseguida
149. Locura Puerperal
150. Locura Sistemática Progresiva
151. Locura Sistematizada
152. Locura Sistematizada Crónica
153. Locura Tóxica por Anovarismo
154. Locura Tóxica Puerperal
155. Manía Aguda
156. Maníaca Circular
157. Melancolía

158. Melancolía Ansiosa
159. Melancolía Constitutiva
160. Melancolía Delirante
161. Melancolía Involutiva
162. Mongolismo
163. Moral Insanity
164. Mutismo Absoluto
165. Negativismo
166. Neurosífilis
167. Oligofrenia
168. Oligofrenia Biopática
169. Oligofrenia Profunda
170. Parafrenia
171. Parafrenia Expansiva
172. Parafrenia Sistemática
173. Parafrenia Tardía
174. Parálisis General Progresiva
175. Parálisis General Progresiva Forma Simple
176. Paranoia
177. Paranoia Secundaria
178. Paranoia y Estados Paranoicos
179. Parkinsonismo
180. Parkinsonismo Posencefálico (excitación maníaca)
181. Perseguida
182. Psicosis Alcohólica
183. Psicosis Alucinatoria Crónica
184. Psicosis Alucinatoria de Carácter Persecutorio
185. Psicosis Arterioesclerótica
186. Psicosis Arteriosclerosis Cerebral
187. Psicosis con Arterioesclerosis Superficial
188. Psicosis de Involución
189. Psicosis de Resolución
190. Psicosis Epiléptica
191. Psicosis Esquizoafectiva
192. Psicosis Inmunodepresiva
193. Psicosis Maníaca
194. Psicosis Maníaco Depresiva
195. Psicosis Mixta (Kleist)
196. Psicosis No Especificada
197. Psicosis Orgánica

198. Psicosis Paranoide
199. Psicosis Periódica Atípica
200. Psicosis Presenil
201. Psicosis Senil
202. Psicosis Vincular
203. Reacción Esquizofrénica Aguda
204. Reacción Maníaca y Circular
205. Reacción Maníaco Depresiva
206. Serieux Capgras
207. Sífilis
208. Síndrome Demencial
209. Síndrome Confusional
210. Síndrome de Ansiedad
211. Síndrome de Confusión Mental
212. Síndrome de Excitación Maníaca
213. Síndrome de Kosakov
214. Síndrome Deficitario
215. Síndrome Delirante
216. Síndrome Delirante Alucinatorio Crónico
217. Síndrome Delirante en una Desarmónica
218. Síndrome Delirante Interpretativo
219. Síndrome Delirante Persecutorio en un Senil
220. Síndrome Depresivo
221. Síndrome Esquizofrénico
222. Síndrome Hipocondríaco Tipo Parafrenia
223. Síndrome Hipomaníaco Delirante
224. Síndrome Maníaco
225. Síndrome Maníaco Depresivo
226. Síndrome Melancólico
227. Síndrome Predemencial
228. Tendencia Secundaria
229. Trastornos de Conducta por Ceguera o Sordera

Fuente: Elaboración propia a partir del Fondo Documental Historias Clínicas del Hospital Esteves, AGN Intermedio, con base en los casos analizados.

ARCHIVOS

Archivo General de la Nación

Archivo General de la Nación. Departamento Intermedio

Archivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina

Biblioteca Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto

Biblioteca Nacional de la República Argentina

Administración Hospital Esteves de Lomas de Zamora

Archivo de la Cancillería, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

Secretaría de Salud Pública de la Nación

FUENTES

Historias clínicas depositadas en el Archivo General de la Nación Departamento Intermedio

Fondo documental completo de historias clínicas del Hospital Neuropsiquiátrico Esteves de Lomas de Zamora.

Descripción general del fondo Hospital Neuropsiquiátrico 'José A. Esteves', investigación realizada por Andrés Pak Linares, mimeo consultado en el Archivo General de la Nación - Departamento Archivo Intermedio.

Historias clínicas destacadas

Historia clínica 530, Legajo 9.
 Historia clínica 1050, Legajo 6.
 Historia clínica 3794, Legajo 5;
 Historia clínica 5005, Legajo 92.
 Historia clínica 5052, Legajo 21.
 Historia clínica 5772, Legajo 20.
 Historia clínica 6042, Legajo 1.
 Historia clínica 6931, Legajo 7.
 Historia clínica 7322, Legajo 3.
 Historia clínica 7913, Legajo 7.
 Historia clínica 8081, Legajo 11,
 Historia clínica 8220, Legajo 46.
 Historia clínica 8279, Legajo 11.
 Historia clínica 8574, Legajo 8.
 Historia clínica 9452, Legajo 3.
 Historia clínica 9683, Legajo 5.
 Historia clínica 9839, Legajo 46.
 Historia clínica 10.824, Legajo 61.
 Historia clínica 11.317, Legajo 5.
 Historia clínica 11.492, Legajo 19.
 Historia clínica 11.694, Legajo 44.
 Historia clínica 12.127, Legajo 4.
 Historia clínica 19.246, Legajo 139.
 Historia clínica 20.411, Legajo 150.
 Historia clínica 26.668, Legajo 89.
 Historia clínica 26.898, Legajo 68.
 Historia clínica 27.388, Legajo 150
 Historia clínica 29.055, Legajo 9
 Historia clínica 29.566, Legajo 64.
 Historia clínica 30.888, Legajo 48.
 Historia clínica 33.676, Legajo 45;
 Historia clínica 35.929, Legajo 63.
 Historia clínica 36.380, Legajo 9.

Historia clínica 37.752, Legajo 9.
 Historia clínica 38.030, Legajo 130.
 Historia clínica 39.944, Legajo 46.
 Historia clínica 40.452, Legajo 88.
 Historia clínica 44.087, Legajo 63.
 Historia clínica 44.673, Legajo 45.
 Historia clínica 45.212, Legajo 37.
 Historia clínica 46.814, Legajo 22.
 Historia clínica 50.680, Legajo 25.

Archivo General de la Nación

Acta de la Sociedad de Beneficencia del 10 de julio de 1903.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Actas 13 y 15.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Acta de mayo de 1907.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 190, 1911-1923.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 191, 1924-1929.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 195, 1944-1947.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 196, 1947-1951.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 197, 1902-1908.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 198 1912-1915.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Memoria de 1909.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Memorias de 1912.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Nota de 4 de Septiembre de 1904.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Volumen 0015 F.147.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Volumen 0015. F 173.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Volumen 0015. F. 147.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora, Legajo 198, año 1912-1915.
 Memoria de la Sociedad de Beneficencia de 1909.
 Memorias de la Sociedad de Beneficencia de 1916.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia .Nota de junio de 1947, Legajo 195.
 Sociedad de Beneficencia, Expediente 29.332 Legajo 196.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia Legajo 191.
 Álbum histórico de la Sociedad de Beneficencia 1823-1910.
 Actas de la Sociedad de Beneficencia. Recorte de diario *El Mundo* depositado en Legajo 194.

Publicaciones científicas de la época analizadas en profundidad

Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas. Santiago de Chile 4-11 de enero de 1937. Publicadas por Isaac Horvitz, secretario general de las Jornadas. Secretario del comité organizador. Segunda sesión de trabajo en el Manicomio Nacional, presidida por Nerio Rojas. Tema: Concepto psicopatológico y delimitación clínica de la Demencia Precoz.

- Acusse, D (1945), "Cardiozoterapia en Psiquiatría", Tesis de Doctorado, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina.
- Adriazola, César (1928), "La 'Confederación' esquizofrénica", *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal* II.7 (enero-febrero), pp. 42-45.
- Ameghino, A. (1922), "Concepto de demencia precoz", *Revista de Criminología Psiquiatría y Medicina Legal*, n° IX, pp. 520-541.
- Barrio, N. (1951), "Laborterapia en el 'Provinzialheilanstalt' de Gutersloh (Alemania)", *Neuropsiquiatría*, Vol. II, n° 3, pp. 210-219.
- Benites, C. D. y Uriburo, J. V. (1907), "Delirio sistematizado progresivo", *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, n° VI, pp. 59-71. Informe pericial.
- Bonich, M. (1943), "Insulinoterapia en la esquizofrenia" (1943), Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Borda, T. (1912), Extracto de la *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, n° XX, pp. 107 y ss. "Lesiones celulares de la corteza cerebral en la demencia precoz".
- Bosch, G. (1937), "Esquizofrenia", *Boletín del Instituto Psiquiátrico*, Vol. I, n° 20-21, pp. 26-39.
- Bosch, G., Krapf, E. y Pereyra, C. (1937), "Esquizofrenia", *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*. Santiago de Chile 4-11 de enero de 1937. Publicadas por Isaac Horvitz, secretario general de las Jornadas. Secretario del comité organizador, pp. 251-256.
- Bula, N. y Vita, N. C. (1939), "Psicosis melancólica y convulsoterapia", *Boletín de Instituto Psiquiátrico*, año 3, n° 21, pp. 87-101.
- Cabeza, M. M. (1933), "Centros de Malarioterapia", *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, Vol. 1, n° 1, pp. 42-54.
- Cabred, D. (1920), "Antecedentes de la fundación del Asilo-Colonia de Luján", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Vol. 7., pp. 357-366.
- Caparrós, A. (1962), "Bases para el uso de psicofármacos", *Anales Argentinos de Medicina*, año VII, Vol. VII, p. 153.
- Certcov, D. (1969), "Delimitación clínica del concepto de esquizofrenia e investigación de los mecanismos inmunológicos en la misma", Tesis Doctoral en Medicina.
- Cuatrecasas, J. y Bula, N. Z. (1939), "El lenguaje gráfico en la esquizofrenia", *Boletín del Instituto Psiquiátrico. Facultad de Ciencias Médicas de Rosario*, Vol. 3, n° 24, pp. 5-27.

Dalma, J. (1958), "La esquizofrenia, unidad nosológica", *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, n° 4, pp. 37-45.

Deco, P. (1922) "Demencia Precoz", Tesis de Doctorado, Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Delay, J., Deniker, P. y Harl, J. M. (1952), "Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective", *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, n° 110, pp. 112-117.

Delgado, H. (1937), "Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia". *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*. Santiago de Chile 4-11 de enero de 1937. Publicadas por Isaac Horvitz, secretario general de las Jornadas. Secretario del comité organizador, p. 234.

Delgado, H. (1937), "Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia", *Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas*. Santiago de Chile 4-11 de enero de 1937. Publicadas por Isaac Horvitz, secretario general de las Jornadas. Secretario del comité organizador, pp. 225-250.

Esteves Balado, L. y D'Oliveira Esteves, J. (1929), "La malarioterapia en la parálisis general progresiva", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Vol. 16, pp. 431-451.

Ferrer, C. (1928), "Catorce años de laborterapia en el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva, provincia de Córdoba", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Vol. 15, pp. 670-677.

Fischer, E. (1961), "Algunos Aspectos Psicofisiológicos de la Psicofarmacología", *Psiquiatría*, Vol. 3, n° 1-4, pp. 61-66.

Friedenthal, H. (1959), "El pensamiento en la esquizofrenia", *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, n° 5, pp. 468-472.

Galíndez, L. (1937), "El problema anátomo-patológico de la demencia precoz", *Psiquiatría y Criminología*, n° II, pp. 633-638.

Garma, Á. (1944), "La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, vol. 2, n° 1, pp. 16-82.

Goldemberg, M., Bar, L., Caparrós, A., Casarino, M., Germano, C., Hammond, H., Kesselman, H. y Sluzki, C. E. (1961), "Nuestra experiencia en psicofarmacología clínica. Segundo Congreso Argentino de psiquiatría. Tema II: Psicofarmacología clínica. *Acta Neuropsiátrica Argentina*", t. 7, pp. 83-84.

Goldemberg, M., Barenblit, V. y Sluzki, C. (1964), "Los psicofármacos en psiquiatría", *Semana Médica*, tomo 125, Vol. I, n° 28, p. 126.

- Gorriti, F. (1928), "Esquizofrenia y demencia precoz", *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Vol. II, n° 10, pp. 318-337.
- Gorriti, F. (1928), "Esquizomanía y esquizoidia", *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina legal*, Vol. II, n° 12, pp. 527-540.
- Gorriti, F. (1930), "Necesidad de los centros de malarioterapia", *La Semana Médica*, pp. 1449-1451.
- Ingenieros, J. (1920), "Los asilos para alienados en la Argentina", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, año VII, pp. 129-156.
- Joffre Ipar, O. (1943), "Caridozolterapia en las esquizofrenias", Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Krapf, E. (1963), "El grupo de las esquizofrenias y la psiquiatría comparada", *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, n° 9, pp. 1-7.
- Lambruschini, C. (1941), "Las esquizofrenias tratadas por los métodos actuales (Insulino y convulsivantes). Aspecto clínico y medicolegal", *Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría*, Vol. VI, n° 2, pp. 69-105.
- Landa, C. R. (1943), "Esquizofrenia", Tesis de Doctorado, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Lertora, A. (1941), "Shockterapia de las psicosis", *Boletín del Hospital Melchor Romero*, Vol. 1, n° 2, pp. 29-34.
- Luna, H., Fernández Amallo, J. A., Cacliotti, C. y Bucich, G. (1969), "La trifluoperacina en la esquizofrenia. Su uso intratecal", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XV, n° 1, pp. 91-95.
- Martinez Dalke, L. (1957), "Laborterapia en Psiquiatría", *Psiquiatría*, n° 1, pp. 46-49.
- Melgar, R., Rodríguez Villegas, R., Weledniger, L. y Luna, H. M. (1961), "La Trifluoperacina en el Tratamiento de las Esquizofrenias Crónicas. Correlato al 2° tema del II Congreso Argentino de Psiquiatría (Mar del Plata) Noviembre de 1960", *Psiquiatría*, Vol. 3, n° 1, pp. 51-62.
- Pereyra, C. R. (1943), "Esquizofrenia (demencia precoz)", Tesis de Doctorado, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Pereyra, C. R. (1943), "Formas de comienzo de la psicosis esquizofrénica (DP)", *Psiquiatría y Criminología*, Vol. VIII, n° 41, pp. 348-356.
- Pichon Rivière, E. (1946), "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 4, n° 1, pp. 1-22.

Quaranta, A. P. y Pujadas A. (1935), "Complicaciones de la Malarioterapia", *Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría*, Vol. I, n° I, pp. 83-92.

Rojas, N. y Belbey, J. (1936), "Choc emotivo en el origen de la demencia precoz", *Psicoterapia*, n° 1, pp. 20-30.

Tamburini, P. J. (1919), "La demencia precoz", Tesis de Doctorado, Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Thénon, J. (1855), "La esquizofrenia y el estado hiponoide". *Acta Neuropsiquiátrica argentina* n° 1, pp. 369-378.

"Carlos P. Waldorp hace un comentario de la tesis de Dr. Pedro Vignau de 1917 Demencia precoz", *Revista de Criminología Psiquiatría y Medicina Legal V* (1918) 246-247.

"Concepto Actual y diagnóstico de la demencia precoz. Tesis de Schneider Pastor 1917. Por Gregorio Bermann", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal V* (1918), pp. 252-254.

"Demencia precoz. Tesis de Pedro Vignau. Por Carlos P. Waldorp", *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal V* (1918), pp. 246-247.

"Gregorio Bermann realiza una reseña a la tesis de Pastor Schneider de 1917", *Revista de Criminología Psiquiatría y Medicina Legal*, n° V (1918).

Publicaciones periódicas de la época

"Aclara los orígenes del conflicto el interventor del Hospital José Esteves", *Clarín*, 12 de enero de 1971, p. 21.

"Aclararon aspectos del conflicto imperante en el hospital neuropsiquiátrico Esteves", *Clarín*, 12 de enero de 1971, p. 20.

"Fue aplicada la ley de prescindibilidad a unos 25 profesionales del Hospital Esteves", *La Prensa*, 6 de enero de 1971, p. 23.

"Hubo un gran escándalo en el manicomio de Temperley por el caso de una médica, y el personal ocupó las instalaciones", *La Razón*, 23 de diciembre de 1970, p. 23.

"La sombra del chaleco", *Revista Análisis*, n° 511, 29 de diciembre de 1970-4 de enero de 1971, p. 18.

"Los locos son ustedes". *Revista Panorama*, 5 de mayo de 1971, p. 32.

"Origina un conflicto la separación de 2 médicos. Piden la reposición sus colegas de un hospital de Lomas de Zamora". *La Nación*, 27 diciembre 27 de 1970, p. 17.

“Psiquiatría. La comunidad alborotada”, Revista *Confirmado*, 6 de enero de 1970, p. 36.

“Salud mental. Posible macartismo”, Revista *Análisis* n°510, 22-28 de diciembre de 1970, p. 15.

“Si sigue el centro piloto, me salvo”, Revista *Panorama*, 5 de enero 5 de 1971, p. 33.

“Singular conflicto. Enfermos mentales resisten la destitución de dos médicos”, *Crónica*, 23 de diciembre de 1970, p. 19.

La Nación, 29 de julio de 1940, recorte depositado en Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 194, 1940-1944. Archivo General de la Nación.

La Prensa, 26 de diciembre de 1936. Recorte depositado en Actas de la Sociedad de Beneficencia. Legajo 192, 1929-1931. Archivo General de la Nación.

La Unión, Año LXXII, 15 de abril de 1968, Lomas de Zamora.

La Unión, Año LXXII, 22 de marzo de 1968, Lomas de Zamora.

La Unión, Año LXXII, 29 de junio de 1968, Lomas de Zamora.

La Unión, Año LXXII, 16 de febrero de 1969, Lomas de Zamora.

La Unión, Año LXXIII, 17 de diciembre de 1969, Lomas de Zamora.

La Unión, Año LXXIII, 21 de septiembre de 1969, Lomas de Zamora.

La Unión, Año LXXIII, 22 de junio de 1969, Lomas de Zamora.

La Unión. Año LXXI, 23 de Julio de 1967, Lomas de Zamora.

La Unión, Año LXXIV, 4 de noviembre de 1971, Lomas de Zamora.

Publicaciones oficiales

República Argentina (1895-1898), Segundo Censo de la República Argentina, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional.

República Argentina (1916), Tercer Censo Nacional Buenos Aires, Talleres Gráficos de L. J. Rosso.

República Argentina, Dirección Nacional del Servicio Estadístico (s.f.), IV Censo General de la Nación 1947, Tomo I, Censo de Población, Buenos Aires, Kraft

Poder Ejecutivo Nacional, Secretaría de Estado de Hacienda, Dirección Nacional de Estadística y Censos, "Censo Nacional de 1960. Población. Resultados provinciales", Buenos Aires, 1961.

Organismos oficiales

Documentación correspondiente a la Secretaría de Salud Pública 1940-1943, Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Documento del año 1947-1948 del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

Expedientes del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, de las series "79-Dir. De Antártida y Malvinas" (n° de caja AH/0021) Archivo de la Cancillería, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

Libros Copiadores n°1, Archivo de la Cancillería, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

Memorias del Ministerio de Relaciones Exteriores. Memorias de 1940 a 1971. Biblioteca del Ministerio y en el Archivo de la Cancillería.

Memorias del Ministerio de Relaciones Exteriores. Memorias de 1940 a 1943, sección "Culto y Beneficencia". Biblioteca del Ministerio y Archivo de la Cancillería.

N° de caja AH/0002, 1940-1970 Secretaria de Salud Pública

Decreto n° 20.113, Septiembre de 1945. Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Decreto 5188 de 1947, Boletín oficial 17/5/48, Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Entrevistas

Entrevista a L. E., médica trabajadora en comunidades terapéuticas, 3 de julio de 2012.

Entrevista O.F, médico trabajador en comunidades terapéuticas, 10 de junio del 2012.

Entrevista P.G, médico residente del Hospital Esteves, 23 de agosto del 2012.

Entrevista D.R, médico trabajador en comunidades terapéuticas, 15 de septiembre del 2012.

Entrevista L. V., psicóloga de la institución, 19 de mayo de 2013.

Entrevista a J. M., psicóloga de la institución, 17 de junio de 2013.

Entrevista a A. M., enfermera de la institución, 19 de mayo de 2013.

(Todas las entrevistas fueron realizadas por la autora).

BIBLIOGRAFÍA

Ablard, J. (2003), "The Limits of Psychiatric Reform in Argentina, 1890-1946", en Porter, R. y Wright, D. (eds.), *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800–1965*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 226-247.

Ablard, J. (2003), "Authoritarianism, democracy and psychiatric reform in Argentina, 1943-83", *History of Psychiatry*, Vol. 14, n° 3, pp. 361-76; (2008), *Madness in Buenos Aires: Patients, psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*, Ohio, Ohio University Press.

Ablard, J. (2005), "¿Dónde está el delirio? La autoridad psiquiátrica y el Estado argentino en perspectiva histórica", en Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (comps.), *Instituciones y formas de control social en América Latina. 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, Universidad Nacional de La Pampa, Prometeo, pp. 199-215.

Ablard, J. (2008), *Madness in Buenos Aires. Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880–1983*, Canadá, University of Calgary Press.

Acuña, C. (2009), "La recepción del estructuralismo francés en el campo intelectual argentino de los años sesenta", Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Tesis de Doctorado en Psicología.

Adair, R., Melling, J. y Forsythe, B. (1997), "Migration, family structure and pauper lunacy in Victorian England: admissions to the Devon County Pauper Lunatic Asylum, 1845-1900", *Continuity and Change*, Vol. 12, n° 3, pp. 373-401.

Altamirano, C. (2001), *Bajo el signo de las masas (1943-1973)*, Buenos Aires, Emecé.

Álvarez, J. M. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos.

Álvarez, J. M. y Colina, F. (2011), "Origen de la esquizofrenia e historia de la subjetividad", *Frenia*, Vol. XI, pp. 7-26.

Álvarez, A. (2012), "Parálisis y acción: el caso de los brotes de poliomielitis de mediados del siglo XX". Trabajo presentado en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad, Buenos Aires, 3 al 5 de octubre.

Álvarez-Uría, F (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets.

Andújar, A., D'Antonio D., Gil Lozano, F., Grammatico, K., Rosa, M. L. (comps.) (2009), *De minifaldas, militancias y revoluciones. Exploraciones sobre los 70 en la Argentina*, Buenos Aires, Luxemburg.

Angenot, M. (2012), *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Angosto, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1997), "Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas", en VV. AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 61-88.

Angosto, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), "Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas", *Siso/Saude*, n° 31, pp. 17-30.

Araya, C. (2014), "Inserción de las psiquiatrías nacionales en el contexto de consolidación de la modernización latinoamericana: Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, Santiago de Chile, 1937". Dossier *La Locura. Historia, prácticas e instituciones. Siglos XIX-XX*. Vetö, S. y Correa, M. J. 09 de junio de 2014 <http://nuevomundo.revues.org/66907> (01/07/2014).

Armus, D. (comp.) (2005), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

Armus, D. (2007), *La ciudad Impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires (1870-1950)*, Buenos Aires, Edhasa.

Armus, D. (2014), "Discursos, políticas y experiencias en la historia de las enfermedades", en Biernat C. y Ramacciotti, K. (eds.), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Biblos, pp. 37-50.

Augé, M. (1993), *Los "no lugares", espacios del anonimato. Una antropología de la sobre modernidad*, Barcelona, Gedisa.

Ayala Flores, H. (2007), *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)*, México, El Colegio de Michoacán.

Balán, J. (1991), *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino* Buenos Aires, Planeta.

Balbo, E. (1998), "Medicina y sociedad en la casa de dementes de Santa Isabel de Leganés: una historia clínica de 1858-1869", en Ballester, R. (ed.), *La medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (siglos XVIII a XX)*, Alicante, Instituto de Cultura "Juan Gil-Albert", pp. 265-275.

Balzano, S. (2005), "El modelo de competencia: Identidad y resistencia en la Colonia Montes de Oca", *Diálogo Antropológico*, Vol. 3, n° 11, pp. 27-38.

Barfoot, M. y Beveridge, A. (1990), "Madness at crossroads: John Home's letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1886-87", *Psychological Medicine*, n° 20, pp. 263-284.

- Barrancos, D. (2008), *Mujeres entre la casa y la plaza*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Bartlett, P. y Wright, D. (eds.) (1999), *Outside the Walls of the Asylums: The History of Care in the Community, 1750-2000*, Londres, Athlone.
- Barry, C. (2011), "Las monjas peronistas: política y religión en la ayuda social 1946-1955", *Cultura y Religión*, Vol. V, pp. 117-147.
- Basaglia, F. (1972), *La institución negada*, Barcelona, Barral.
- Basaglia, F. et al. (1986), *Locura y sociedad*, México, Siglo XXI.
- Basaglia F. y Castel, R. (1975), *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*, Barcelona, Barral.
- Bassa, D. (2005), "De La Pampa a Open Door. Terapias y tratamientos hacia los insanos en la primera mitad del siglo XX", en Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (comps.), *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo, pp. 115-142.
- Berrios, G. (2004), "La epistemología y la historia de la psiquiatría", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XV, n° 55, pp. 29-37.
- Berrios, G. (2008), *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Berrios, G. y Porter, R. (eds.) (2012), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela.
- Beveridge, A. (1995), "Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908", *History of Psychiatry*, n° 6, pp. 21-54 y 133-157.
- Beveridge, A. (1998), "Life in the Asylum: patients letters from Morningside, 1873-1908", *History of Psychiatry*, n° 9, pp. 431-469.
- Bialakowsky, A., Lusnich, C. y Rosendo, E. (2000), "La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo", *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*, Vol. 46, n° 3, pp. 235-246.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2014), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Biblos.
- Bjerg, M. (2009), *Historias de la inmigración en la Argentina*, Buenos Aires, Edhasa.

Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (eds.) (2010), *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Prometeo, Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires.

Bourdieu, P. (1999), "The social conditions of the international circulation of ideas", en Shusterman, R. (ed.), *Bourdieu: A Critical Reader*, Oxford, Blackwell, pp. 220-228.

Bourdieu, P. y Eagleton, T. (2000a), "'Doxa y vida ordinaria'. Pensamiento crítico contra la dominación", *New Left Review*, n° 0, Akal, Madrid.

Braslow, J. (1997), *Mental ills and bodily cures: psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*, California, University of California Press.

Braudel, F. (1976), *El Mediterráneo y el mundo mediterráneo en la época de Felipe II*, tomos I y II, México, Fondo de Cultura Económica.

Braudel, F. (2002), *Las ambiciones de la historia*, Barcelona, Crítica.

Brown, E. M. (2000), "Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the insane?", *History of Psychiatry*, Vol. 11, n° 4, pp. 371-382.

Campos Marín, R. (1997), "Higiene mental y peligrosidad social en España", *Asclepio*, Vol. 49, n° 1, pp. 39-59.

Campos Marín, R. (1999), "La teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en España", *Dynamis*, n° 19, pp. 429-456.

Campos Marín, R. (2001), "De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol. I, n° 1, pp. 37-64.

Campos Marín, R. y Huertas García-Alejo, R. (2008), "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría", *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, Vol. CLXXXIV, n° 731, pp. 471-480.

Campos, R. (2010), "Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso morillo (1882-1884)", *Frenia*, Vol. 10, pp. 95-122.

Canto Mayén, E. (2012), "Un texto en tres duraciones. Braudel y el Mediterráneo", *Temas Antropológicos, Revista Científica de Investigaciones Regionales*, Vol. 34, n° 2, pp. 155-178.

Cantor-Graae, E. y Selten, J. P. (2005), "Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review", *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 162, n° 1, pp. 12-24.

Caponi, S. (2009), "Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel", *Scientiæ Studia*, Vol. 7, n° 3, pp. 425-445.

- Caponi, S. (2011a), "Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)", *Dynamis*, Vol. 32, n° 1, pp. 185-207.
- Caponi, S. (2011b), "Para una estadística universal: Un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales (1888-1889)", *Frenia*, Vol. 11, pp. 67-88.
- Caponi, S. (2012), *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*, Río de Janeiro, Fiocruz.
- Carpintero y Vainer (2004), *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*, tomo I, Buenos Aires, Topía.
- Casas Orrego, A. L. (2008), "Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en Medellín 1880-1930", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LX, n° 2, pp. 119-142.
- Cassília, J. A. Pereira (2011), "Doença mental e Estado Novo: a loucura de um tempo. Dissertação", Mestrado em História das Ciências e da Saúde, Río de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- Castel, R. (1975), "El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX", en García, R. (coord.), *Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial*, Barcelona, Barral, pp. 71-96.
- Castel, R. (1980), *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta.
- Castillo Gómez, A., Sierra Blas, V. (coords.) (2005), *Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Trea.
- Castro Santos, L. A. y Faria, L. (2010), *Saude & Historia*, San Pablo, Hucitec.
- Charle, C. et al. (eds.) (2004), *Transnational Intellectual Networks. Forms of Academic Knowledge and the Search for Cultural Identities*, Berlín, Campus.
- Chárlez, C. y Pau, J. (1994), "La historia clínica psiquiátrica al llarg del s. XX en l'Institut Pere Mata de Reus", *Gimbernat*, Vol. 21, n° 1, pp. 102-108.
- Chaudhuri, N., Katz, S. J. y Perry, M. E. (eds.) (2010), *Contesting Archives, Finding Women in The Sources*, Chicago, Universtiy of Illinois Press.
- Chevallier, S. y Chauviré, C. (2011), *Diccionario Bourdieu*, Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 176-177; Bourdieu, P. (1999), *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama, p. 190.
- Choquard Ramella, F. (1999), "Recherches sur les écrits asilaires, l'importance des écrits de patients dans l'interaction avec leur médecin", *L'Écrit*, n° 24, DUPA, Lausanne.

- Ciafardo, E. (1990), "Las damas de beneficencia y la participación social de las mujeres en la ciudad de Buenos Aires, 1880-1920", *Anuario IEHS*, nº 5, pp. 161-170.
- Comelles, J. M. (1992), "De médicos de locos a médicos de cuerpos. La transición del manicomio al gabinete en la psiquiatría de anteguerra (1890-1939)", *Asclepio*, Vol. 44, nº 1, pp. 347-368.
- Comelles, J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Comelles, J. M. (1997), "Reforma asistencial y práctica económica. De la crisis del tratamiento moral a la hegemonía del kraepelinismo", en Aparicio Basauri, V. (comp.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*, Madrid, Libro del Año, pp. 83-105.
- Comelles, J. M., Martorell, M. A, Bernal, M. (eds.) (2008), *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*, Barcelona, Icaria, Institut d' Antropología.
- Conseglieri Gámez, A. (2008), "La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el manicomio de Santa Isabel", *Frenia*, Vol. 8, Nº 1, pp. 131-160.
- Conseglieri Gámez, A. M. (2014), "El Manicomio nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales", Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina;
- Conti, N., Fernández de Agüero, J. M. y Alcorta, D. (1997) "Ideología y locura en el Río de la Plata", *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, nº 2, pp. 3-47.
- Cooper, D. (1971), *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Buenos Aires, Paidós.
- Cormack, D. (1976), *Psychiatric nursing observed: A descriptive study of the work of the charge nurse in acute admission wards of psychiatric hospitals*, Londres, Royal College of Nursing.
- Cunha, M. C. Pereira (1986), *O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo*. San Pablo, Paz e Terra.
- Dagfal, A. (2009), "Entre Paris et Buenos Aires la construction des discours psychologiques en Argentine (1942-1966)". Tesis Doctoral, Directora: É. Roudinesco. Francia, Universidad de París VII - Denis Diderot, escuela doctoral "Économies, espaces, sociétés, civilisations".

Dagfal, A. (2009), *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*, Buenos Aires, Paidós.

Dagfal, A. (2012) "Psychoanalysis in Argentina under Peronism and Anti-Peronism (1943-1963)" en Damousi, J. y Plotkin, M. (eds.). *Psychoanalysis and politics. Histories of psychoanalysis under conditions of restricted political freedoms*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 135-164

Dagfal, A. "El pensamiento francés en la Argentina: el caso de los 'discursos psi'". Disponible en http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Dagfal_Pensamiento_frances_en_Argentina.htm (19/06/2014).

Dagfal, A. (2015), "El pasaje de la higiene mental a la salud mental en la Argentina, 1920-1960. El caso de Enrique Pichon-Rivière", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n° 5, pp. 25-26.

De Paz Trueba, Y. (2010), *Mujeres y esfera pública. La campaña bonaerense entre 1880 y 1910*, Rosario, Prohistoria.

De Riz, L. (2000), "La política en suspenso. 1966-1976", *Historia Argentina*, tomo 8, Buenos Aires, Paidós.

Delgado, M. (1986), "Los veinte primeros años del manicomio de Leganés", *Asclepio*, n° 38, pp. 273-297.

Desviat, M. (1999), "De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 19, n° 70, pp. 325-35.

Devoto, F. (2003), *Historia de la Inmigración en la Argentina*, Buenos Aires, Sudamericana.

Dias, A. A. T. (2010), "Dramas de Sangue", en *Cidade: psiquiatria, loucura e assassinato no Rio de Janeiro (1901-1921)*. Disertación, Mestrado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Di Liscia, M. S. (2008), "Reflexiones sobre la 'nueva historia' social de la salud y la enfermedad en la Argentina", en Carbonetti, A. y R. González Leandri (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina*, Córdoba, UNCCEA, pp. 15-47.

Di Liscia, M. S. (2012), "Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación. (Argentina 1880-1940)", en Hochman, G., Di Liscia, M. S. y Palmer, S. (orgs.), *Patologías de la patria: enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 125-155.

Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (eds.) (2005), *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Prometeo.

- Di Liscia, M. S. y Bohoslavsky, E. (2005), "Introducción. Para desatar algunos nudos (y atar otros)", en *Instituciones y formas de control social en América Latina. 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Universidad Nacional General Sarmiento, Universidad Nacional de la Pampa, Prometeo, pp. 9-22.
- Dörner, K. (1974), *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, Madrid, Taurus.
- Doroshov, D. B. (2007), "Performing a Cure for Schizophrenia: Insulin Coma Therapy on the Wards", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Vol. 62, n° 2, pp. 213-243.
- Dovio, M. A. (2014), "Emergencia de Tecnología de gobierno en relación a la 'cuestión social' en Buenos Aires. La 'mala vida', en revista *Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines y Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, 1902-1934*", Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Dowbiggin, I. R. (1991), *Inheriting Madness. Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France*, Berkeley, California University Press.
- Engel, M. (2001), *Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospício no Rio de Janeiro*, Río de Janeiro, Fiocruz.
- Eraso, Y. (2002), "El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el Manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX", *Cuadernos de Historia, Serie Economía y Sociedad*, n° 5, pp. 33-63.
- Eribon, D. (1992), *Michel Foucault*, Barcelona, Anagrama.
- Esquirol, Jean-Étienne-Dominique. 1847 (1838). *Tratado completo de las enagenaciones mentales, consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal*, Madrid, Imprenta del Colegio de Sordomudos.
- Ferrari, F. (2013), "Entre el dispositivo psiquiátrico y la disciplina monacal: una historia genealógica de las primeras lecturas de la psicopatología freudiana en Córdoba (1758-1930)", Córdoba, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Tesis de Doctorado en Psicología.
- Ferrari, F. J. (2015), "Historia cultural de la psiquiatría en Córdoba, Argentina: recepción y decadencia de la neurastenia", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n° 5, pp. 288-309.
- Ferrer, A., García Raffi, X, Lerma, B. y Polo, C. (2006), *Psiquiatras de celuloide*, Valencia, Ediciones de la Filmoteca.
- Finnane, M. (1985), "Asylums, Families and the State", *History Workshop Journal*, n° 20, pp. 134-148.

Fleck, C. (2011), *A Transnational History of the Social Sciences. Robber Barons, the Third Reich and the Invention of Empirical Social Research*, Londres, Bloomsbury.

Foucault, M. (1982), *Historia de la locura en la época clásica*, 2 tomos, México, FCE.

Foucault, M. (1992), "Memoria redactada para la candidatura al *Collège de France*", en Eribon, D., *Michel Foucault*, Barcelona, Anagrama, pp. 423-428.

Foucault, M. (2000), *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2001), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.

Fox Keller, E. (1985), *Reflexiones sobre género y ciencia*, Valencia, Alfons el Magnánim.

Fuentenebro de Diego, F. y Huertas García-Alejo, R. (2004), "Historia de la psiquiatría en Europa. Modos de hacer historia de la psiquiatría", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XV, n° 55, pp. 23-28.

Gallegos, M. (2013), "Historia de la psicología y formación de psicólogos: un análisis sociohistórico, bibliográfico y curricular de la psicología en Rosario (1955-2005)", Rosario, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Tesis de Doctorado en Psicología.

Galli, E. (2000), "Semblanza de Honorio Delgado: humanismo y Psicopatología", *Revista Médica Herediana*, Vol. 11, n° 4, versión on-line.

García Canal, M. I. (2008), "La relación médico-paciente en el Manicomio La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución", *Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Coloquios* [En línea] <http://nuevomundo.revues.org/index14422.html> (30 de septiembre de 2014).

García Díaz, C., Jiménez Lucena, I. (2010), "Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones complicidades y resistencias en torno a la loca (El manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950)", en Montiel, L., Huertas, R. (coords.), "Dossier: enfermedad mental y cultura de la subjetividad (siglos XIX y XX)", *Frenia*, n° 10, pp. 123-145.

García, G. L. (1991), *Oscar Masotta y el psicoanálisis castellano*, Buenos Aires, Puntosur.

García, Jr., A. (2009), "Introduction: études internationales et renouveau des modes de pensée et des institutions politiques. Le cas du Brésil", en García, A. y Muñoz, M. C. (2009) (dirs.), *Mobilité universitaire et circulation internationale des idées. Le Brésil et la mondialisation des savoirs*, Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs, hors série, n° 2, pp. 7-32.

- García, L. N. (2013), "La recepción de la psicología soviética en la Argentina: lecturas y apropiaciones en la psicología, psiquiatría y psicoanálisis (1936-1991)", Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Tesis de Doctorado en Historia.
- Garrabé, J. (1996), *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Gauchet, M. y Swain, G. (1980), *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, París, Gallimard, pp. 68-100;
- Gentile, S (2000) "La institución de la psiquiatría en Rosario. Reconstrucción histórica de su trama ideológica (1927-1940)"; "Psicoanálisis y medicina" y «La invención del psicólogo en la Argentina (1954-1960)», en Gentile, S. A., *Ensayos históricos sobre psicoanálisis y psicología*, Rosario, Fundación Rosso.
- Gil Lozano, M. F., Pita, V., Inj, G. (dirs.) (2000), *Historia de las mujeres en Argentina*, tomos I y II, Buenos Aires, Taurus.
- Gillian, R. (1997), "Engendering the Slum: Photography in East London in the 1930s", *Gender, Place and Culture*, n° 4, pp. 277-300.
- Gingras, Y. y Heilbron, J. (2009), "L'internationalisation de la recherche en sciences sociales et humaines en Europe (1980-2006)", en Sapiro, G. (ed.), *L'Espace intellectuel en Europe, XIX-XXIe siècles*, París, La Découverte, pp. 359-388.
- Ginzburg, C. (1989), *Mitos, emblemas, indicios. morfología e historia*, Barcelona, Gedisa.
- Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Nueva York, Simon & Schuster.
- Goffman, E. (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Golbert, L. (2008), "Las políticas sociales, antes y después de la Fundación Eva Perón", en Barry, C., Ramacciotti, K. y Valobra, A. (eds.), *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos, pp. 11-40.
- Golcman, A.A (2011), "Juan Kaplan y la presencia de la psicología en las fábricas. Argentina, segunda mitad del siglo XX", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. XI, pp. 129-148.
- Golcman, A. (2012a), "The experiment of the therapeutic communities in Argentina: the case of the Hospital Esteves", *Psychoanalysis and History*, Vol. 4, t. 2, pp. 269-284;

- Golcman, A. (2012b), "Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas. Argentina, 1960-1970", *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. X, n° 3, pp. 387-401.
- Goldstein, J. (1987), *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Gonçalves, M. de Siqueira (2008), "Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das "nevrozes" e da loucura na Corte Imperial (1850-1880)", Tesis de Doctorado, Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- González Bernaldo de Quirós, P. (2001), "Beneficencia y gobierno en la ciudad de Buenos Aires (1821-1861)", *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani*, Tercera Serie, n° 24, pp. 45-71.
- González Duro, E. (1994), *Historia de la locura en España. Siglos XIII al XVII*, Madrid, Temas de Hoy.
- Gonzalez Leandri, R. (1996), "La profesión médica en Buenos Aires: 1852-1870", en Lobato, M. Z. (comp.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina*, Buenos Aires, Biblos.
- González Leandri, R. (1999), *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1862-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, p. 223.
- González Leandri, R. (2010), "Médicos y saberes de Estado en Argentina (1850- 1930). Algunas reflexiones", Plotkin, M. (ed.), *PolHis, Boletín Bibliográfico Electrónico*, año 1, n° 6, Dossier 1, "Saberes y Estado", pp. 12-13, <http://polhis.com.ar/datos/6dossiers.pdf> (12-11-2014).
- González Leandri, R. y González Bernaldo de Quirós, P. (2013), "Introducción", *Revista de Indias*, Vol 73, n° 257, pp. 11-22.
- González, R. (1984), "Caridad y filantropía en la ciudad de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX", en Barrán, J. P. et al. (eds.), *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires, CLACSO, pp. 251-258.
- Gorbach, F. (2011), "¿Dónde están las mujeres de La Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio, 1910", *Nuevo Mundo Nuevos Mundos Nuevos*. DOI: 10.4000/nuevomundo.61046. Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/61046> (09/02/2015).
- Grimson, W. (1970), "La comunidad terapéutica y el hospital psiquiátrico", *Revista Argentina de Psicología*, n° 3, pp. 41-49.
- Grob, G. (1983), *Mental Illness and American Society, 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press.

- Grob, G. (1991a), *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America* Princeton, Princeton University Press.
- Grob, G (1991b), "Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality", *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, n° 4, pp. 421-431.
- Grob, G. (1994a), *The Mad Among Us: A History of the Care of American's Mentally Ill*, Cambridge, Harvard University Press.
- Grob, G. (1994b), "The History of the Asylum Revisited: Personal Reflections", en Micale, M. S. y Porter, R. (eds.), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, pp. 260-281.
- Grob, G. (1997), *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Nueva York, John Wiley & Sons.
- Gross, D. (1985), "Temporality and the Modern State", *Theory and Society*, Vol. 14, n° 1, pp. 53-82.
- Guerrino, A. A. (1982), *La psiquiatría argentina*, Buenos Aires, Ediciones Cuatro.
- Gutting, G. (1994), "Michel Foucault's Phänomenologie des Krankengeistes", en Micale, M. S. y Porter, R. (eds.), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, pp. 331-347.
- Guy, D. (2000), "La verdadera historia de la Sociedad de Beneficencia", en Moreno, J (comp.), *La política social antes de la política social: caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires. Siglos XVII a XX*, Buenos Aires, Trama-Prometeo, pp. 321-338.
- Guy, D. (2011), *Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar. Caridad y creación de derechos en Argentina*, Buenos Aires, Prometeo.
- Hacking, I. (2002), *Historical Ontology*, Londres, Harvard University Press.
- Heilbron, J. et al. (2008), "Toward a Transnational History of the Social Sciences", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Vol. 44, n° 2, pp. 146-160.
- Hernández, A. (2007), "El tratamiento ocupacional frente a la pintura psicopatológica: Herman Simon, Emili Mira I Lopez", en Campos, R., Villasante, O. y Huertas, R. (eds), *De la 'Edad de Plata' al exilio. Construcción y 'Reconstrucción' de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 145-159.
- Hochman, G., Di Liscia M. S, Palmer, S. (orgs.) (2012), *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Huertas, R. (1987), *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- Huertas, R. (2001), "Historia de la psiquiatría ¿Por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias", *Frenia*, Vol. 1, n° 1, pp. 9-36.
- Huertas, R. (2002), *Lafora, Vallejo Nágera, Garma, los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis*, Madrid, Nivola.
- Huertas, R. (2004), *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia.
- Huertas, R. (2006), "Foucault, treinta años después. A propósito de *El poder psiquiátrico*", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVIII, n° 2, pp. 267-276.
- Huertas, R. (2008), *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el estado liberal*, Barcelona, Octaedro.
- Huertas, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*, Madrid, Los libros de la catarata.
- Huertas, R. (2013), "Another History for Another Psychiatry", *The Patient's View, Culture & History Digital Journal*, Vol. 2, n° 1.
- Huften, O. (1986), "Fernand Braudel", *Past & Present*, n° 112, pp. 208-213. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/651003> (05/02/2015).
- Jabert, A. (2008), "De Médicos e Médiuns: Medicina, Espiritismo e Loucura no Brasil da primeira metade do século XX", Tesis de Doctorado, Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Río de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- Jabert, A. y Facchinetti, C. (2011), "A experiência da loucura segundo o espiritismo: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba", *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Vol. 14, pp. 513-529.
- Jones, M. (1952), *Social psychiatry; a study of Therapeutic Communities*, Londres, Tavistock.
- Jones, M. (1968), *Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Community*, Harmondsworth, Penguin Books.
- King, C., Lakshmi, N. y Voruganti, O. (2002), "What's in a name? The evolution of the nomenclature of antipsychotic drugs", *Journal of Psychiatric and Neuroscience* Vol. 27, n° 3, pp. 168-175.
- Kingsley, J. (2000), "Insulin Coma Therapy in Schizophrenia", *Journal of the Royal Society of Medicine*, n° 93, pp. 147-149.
- Klappenbach, H. (1999), "Los orígenes de la Liga de Higiene Mental", *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 19, pp. 3-17.

- Klappenbach, H. A. (2001), "La psicología en Buenos Aires, entre 1940 y 1957", Director: H. M. Vezzetti, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Tesis de Doctorado en Historia.
- Klappenbach, H. (2006), "Periodización de la Psicología en Argentina", *Revista de Psicología*, Vol. 27, n° 1, pp. 109-164.
- Laing, R. (1983), *La política de la experiencia y el ave del paraíso*, Barcelona, Crítica.
- Lakoff, A. (2004), "The Anxieties of Globalization: Antidepressant Sales and Economic Crisis in Argentina", *Social Studies of Science*, Vol. 34, n° 2, pp. 247-269.
- Lakoff, A. (2005), *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Lantéri-Laura, G. (1972), "La chronicité dans la psychiatrie française moderne", *Annales*, Vol. XXVII, n° 3, pp. 548-568.
- Lantéri-Laura, G. (2000), *Ensayo sobre la historia de los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Tricastela.
- Lavín, A. (ed.) (2003), *Cartas desde la Casa de Orates*, Santiago de Chile, Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.
- Lázaro, J. y Bujosa, F. (2000), *Historiografía de la psiquiatría española*, Madrid, Tricastela.
- Liernur, J. F. (2000), "La construcción del país urbano", en Lobato, M. Z. (ed.), *Nueva historia argentina: el progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, t. V, Buenos Aires, Sudamericana, pp. 409-465.
- Lobato, M. Z. (2007), *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*, Buenos Aires, Edhasa.
- López, E. (1987), *Seguridad nacional y sedición militar*, Buenos Aires, Legasa.
- López Alonso, C. (1988), *Locura y sociedad en Sevilla. Historia del Hospital de los Inocentes (14367-1840)*, Sevilla, Diputación Provincial.
- López Pasquali, L. (1965), *Christfried Jacob, su obra neurológica, su pensamiento psicológico y filosófico*, Buenos Aires, López Libreros.
- Lorenzo, M. F., Rey, A. L. y Tossounian, C. (2005), "Images of Virtuous Women: Morality, Gender and Power in Argentina between the World Wars", *Gender & History*, Vol. 17, n° 3, pp. 567-592.

- Loudet, O. y Loudet, O. (hijo) (1971), *Historia de la psiquiatría argentina*, Buenos Aires, Troquel.
- Lvovich, D. (2003), *Nacionalismo y antisemitismo en la Argentina*, Buenos Aires, Ediciones B.
- Lvovich, D. (2006), *El nacionalismo de derecha: desde sus orígenes a Tacuara*, Buenos Aires, Capital Intelectual.
- Mackenzie, C. (1985), "Social factors in the admission, discharge and continuing stay of patients at Ticehurst Asylum. 1845-1917", en Rynum, W. F., Porter, R. y Shepherd, M. (eds.), *The anatomy of Madness*, vol. 2, Londres, Nueva York, Tavistock, pp. 147-174.
- Makari, G. (2012), *Revolución en mente. La creación del psicoanálisis*, México, Sexto Piso.
- Mantilla, M. J. (2010), "De persona a paciente: Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires". Tesis Doctoral inédita, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Martínez Azumendi, Ó. (2005), "Periodistas y reporteros gráficos como agentes de cambio en psiquiatría. Imágenes—denuncia para el recuerdo", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XXV, n° 96, pp. 9-28.
- Marx, O. M. (1992), "What is the history of psychiatry II", *History of Psychiatry*, n° 3, pp. 293-301.
- Matusevich, D. (1998), "José Ingenieros y sus escritos sobre sexualidad en el nacimiento de la prensa psiquiátrica en la Argentina", *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 3, pp. 3-21.
- McGovern, C. (1986), "The Myths of Social Control and Custodial Oppression: Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth Century Institutions", *Journal of Social History*, Vol. XX, n° 1, pp. 3-23.
- McKenzie, C. (1985), "Social factors in the admission, discharge, and continuing stay of patients at Ticehurst Asylum. 1845-1917", en Bynum, W. F., Porter, R. y Shepherd, M. (eds.), *The Anatomy of Madness*, vol. 2, pp. 147-174.
- Méda, D. (1998), *El trabajo, un valor en peligro de extinción*, Barcelona, Gedisa.
- Melgar, R., Rodríguez Villegas, R., Weledniger, L. y Luna, H. M. (1961), "La Trifluoperacina en el Tratamiento de las Esquizofrenias Crónicas. Correlato al 2º tema del II Congreso Argentino de Psiquiatría (Mar del Plata) Noviembre de 1960", *Psiquiatría*, Vol. 3, n° 1, pp. 51-62.

Melling, J. y Forsythe, B. (2006), *The Politics of Madness. The State, Insanity and Society in England, 1845-1914*, Londres, Routledge.

Menéndez, E. (1990), *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, México, Alianza.

Mental Disability Rights International (2008), *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*, Buenos Aires, Centro de Estudios Legales y Sociales, Mental Disability Rights International, Siglo XXI.

Mills, J. H. (1999), "Reforming the Indian: Treatment Regimes in the Lunatic Asylums of British India, 1857-1880", *The Indian Economic and Social History Review*, Vol. 36, n° 4, pp. 407-429.

Miranda, M. y Vallejo, G. (comps.) (2005), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Molinari, A. (2005), "Autobiografías de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX", en Castillo, A. y Sierra Blas, V. (coords.), *Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Trea, pp. 379-399.

Morales Ramírez, F. J. (2008), "La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910", Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-Facultad de Filosofía y Letras.

Moro, A. y Villasante, O. (2001), "La etapa de Luis Simarro en el Manicomio de Leganés", *Frenía*, Vol. 1, n° 1, pp. 97-119.

Mott, M. L. (1999), "Revendo la historia de enfermagem em Sao Paulo (1890-1920)", *Cadernos Pagu*, Vol. 13, pp. 327-355.

Muñoz, P. F. Neves de (2010), "Degeneração atípica: uma incursão ao arquivo de Elza. Disertación, Mestrado em História das Ciências e da Saúde, Río de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Nari, M. (2004), *Políticas de la maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890-1940)*, Buenos Aires, Biblos.

Ng, V. W. (1990), *Madness in Late Imperial China. Fromm Illness to Deviance*, Oklahoma, University of Oklahoma Press.

Novella, E. J. (2008), "Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos", *Frenía. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. VIII, pp. 9-31.

- Novella, E. J. y Huertas, R. (2010), "El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia", *Clínica y Salud*, Vol. 21, n° 3, pp. 212-215.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), *Informe sobre la salud del mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia, OMS.
- Orlando, J. C. (1996), *Christofredo Jacob, su vida y su obra (1866-1946)*, Buenos Aires, Mundi.
- Ortega Canto, J. E. (1995), "La historia de la práctica y del pensamiento psiquiátrico en Yucatán", en Palma Solís, M. A. y Cámara Vallejos, R. M. (comps.), *Ensayos históricos y filosóficos de la medicina*, Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán, Sociedad Yucateca de Historia y Filosofía de la Medicina.
- Ortiz Bergia, M. J. (2012), "Asistencia benéfica y gobiernos peronistas en Córdoba", en Biernat, C. y Ramacciotti, K. (eds.), *Políticas sociales entre demandas y resistencias, Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, pp. 67-96.
- Ortiz, T. (2001), "El género, organizador de las profesiones sanitarias", en Miqueo, C. et al. (eds.), *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Minerva, pp. 39-61.
- Palma, H. (2004), "La eugenesia en la Argentina". *Saber y Tiempo*, Vol. 5, n° 17, pp. 61-95.
- Penney, D. y Stastny, P. (2009), *The Lives they Left behind. Suitcases from a State Hospital Attic*, Nueva York, Bellevue Literary Press.
- Peset, J. S. y Huertas, R. (1986), "Del ángel caído al enfermo mental: sobre el concepto de degeneración en las obras de Morel y Magnan", *Asclepio*, n° 38, pp. 215-240.
- Pichon Rivière, E. (1946), "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 4, n° 1, pp. 1-22.
- Piñeda, M. A. (2006), "La Psicología Neoescolástica Experimental en Argentina y España: 1920-1960", Tesis de Doctorado en Psicología, San Luis, Universidad Nacional de San Luis, Facultad de Ciencias Humanas.
- Pita, V. (2007), "Cabellos largos, ideas cortas. Las difíciles relaciones entre las mujeres de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y los médicos porteños. 1880-1905", en Bravo M. C., Gil Lozano, F. y Pita, V. (comps.), *Historia de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina siglo XIX y XX*, Tucumán, EDUNT, pp.15-51.

- Pita, V. (2009), "Política, conflictos y consensos en torno al brazo asistencial del Estado argentino. La Sociedad de Beneficencia de la Capital, 1880-1910", en Eraso, Y. (comp.), *Mujeres y asistencia social en Latinoamérica, siglos XIX y XX. Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay*, Córdoba, Alción, pp. 95-130.
- Pita, V. (2012), *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes. Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria.
- Platen–Hallermund, A. (2007), *Exterminio de enfermos mentales en la Alemania nazi*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Plotkin, M. (1994), *Mañana es San Perón: propaganda, rituales políticos y educación en el régimen peronista (1946-1955)*, Buenos Aires, Planeta.
- Plotkin, M. (1997), "Freud, Politics, and the Porteños: The Reception of Psychoanalysis in Buenos Aires (1910-1943)". *Hispanic American Historical Review*, Vol. 77, n° 1, pp. 45-74.
- Plotkin, M. (2001), *Freud in the Pampas*, California, Stanford University Press.
- Plotkin, M. (2001); *Freud in the Pampas. The Emergence and Development of a Psychoanalytic Culture in Argentina*, Stanford University Press, California.
- Plotkin, M. (2003), *Freud en las pampas*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Plotkin, M. (2011) "José Bleger: Jew, Marxist and Psychoanalyst", *Psychoanalysis and History*, Vol. 13, pp. 181-205.
- Plotkin, M. (2012), "The diffusion of psychoanalysis under conditions of political authoritarianism. The Case of Argentina 1960s and 1970s", en Damousi, J. y Plotkin, M. (eds.). *Psychoanalysis and politics. Histories of psychoanalysis under conditions of restricted political freedoms*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 185-208.
- Plotkin, M. (editor) (2003), *Argentina on the couch: psychiatry, state, and society, 1880 to the present*, Albuquerque, University of New México Press.
- Plotkin, M. B. y Zimmerman, E. A. (2012), *Los saberes del Estado*, Buenos Aires, Edhasa.
- Plotkin, M. y Neiburg, F. (comps.) (2004), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós.
- Porter, R. (1985), "The Patient's View: Doing Medical History from below", *Theory and Society*, Vol. 14, n° 2, pp. 175-198.
- Porter, R. (1987), *A Social History of Madness. Stories of the Insane*, Londres, Weidenfeld and Nicolson.

- Porter, R. (1989), *Historia social de la locura*, Barcelona, Crítica.
- Porter, R. (2003), *Breve historia de la locura*, España, Fondo de Cultura Económica.
- Postel, J. y Quétel, C. (comps.) (1987), *Historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Prestwitch, P. (1994), "Family strategies and Medical Power: 'Voluntary' Committal in Parisian Asylum, 1876-1914", *Journal of Social History*, Vol. XXVII, n° 4, 1994, pp. 799-818.
- Príamo, L. (1999), Fotografía y vida privada 1870-1930, en Devoto, F. y Madero, M. (eds.), *Historia de la vida privada en la Argentina*, vol. 2: "La Argentina Plural 1870-1930", Buenos Aires, Taurus, pp. 275-299.
- Pujol, S. (2003), "Rebeldes y modernos. Una cultura de los jóvenes", en James, D. (dir.), *Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*, Nueva Historia Argentina, Tomo IX, Buenos Aires, Sudamericana, pp. 281-328.
- Quétel, C. (1996). "¿Hay que criticar a Foucault?", en Roudinesco, E. *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*, Buenos Aires, Paidós, pp. 67-91.
- Ramacciotti, K. I. (2006), "Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires", *Asclepio. Revista de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. 58, n° 2, pp. 115-138.
- Ramacciotti, K. I. (2009), *La política sanitaria del peronismo*, Buenos Aires, Biblos.
- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2008), "Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista", en Barry, C., Ramacciotti, K. y Valobra, A. (eds.), *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos, pp. 119-150.
- Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2010), "La profesionalización de la enfermería en argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LXII, n° 2, pp. 353-374.
- Ramos, M. (2013), "Psychiatry, Authoritarianism, and Revolution: The Politics of Mental Illness during Military Dictatorships in Argentina, 1966-1983", *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 87, n° 2, pp. 250-278.
- Raz, M. (2008), "Between the Ego and the Icepick: Psychosurgery, Psychoanalysis, and Psychiatric Discourse", *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 82, n° 2, pp. 387-420.
- Raimundo do Nascimento, D., Maul de Carvalho, D. (orgs.) (2010), *Uma história brasileira das doenças*, Vol. 3, Belo Horizonte, Argumentum.

Reaume, G. (2000), *Remembrance of patients past. Patients Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*, Canadá, Oxford University Press.

Renvoize, E. B. y Beveridge, A. W. (1981), "Mental illness and the late Victorians: a study of patients admitted to three asylum in York, 1880-1884", *Psychological Medicine*, n° 19, pp. 19-28.

República Argentina, Código Civil, 2002, Buenos Aires, La Ley.

Ribeiro, D. C. (2012), "O Hospício de Pedro II e seus internos no ocaso do Império: desvendando novos significados", *Mestrado em História das Ciências e da Saúde*, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Ríos Molina, C. A. (2004), "Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX", *Frenia*, Vol. 4, n° 2, pp. 17-35.

Ríos Molina, A. (2008), "Locura y encierro psiquiátrico en México. El caso del manicomio La Castañeda, 1910", *Antípoda*, n° 6, pp. 73-90.

Ríos Molina, A. (2009), "El Manicomio General La Castañeda en México", *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/50242>; DOI: 10.4000/nuevomundo.50242 (09/02/2015).

Ríos Molina, A. (2009), *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México.

Ríos Molina, A. (2009), "Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos", *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, n° 37, pp. 71-96.

Ríos Molina, A. (2010), "Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario", *Historia Mexicana*, Vol. 59, n° 4, pp. 1295-1337.

Ríos Molina, C. A. (2011), "La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la ciudad de México, 1920-1944", *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, Vol. 27, n° 2, pp. 361-384.

Rivera-Garza, C. (2001a), "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, n° 51, pp. 57-89.

Rivera-Garza, C. (2001b), "'She neither Respected nor Obeyed Anyone'. Inmates and Psychiatrist Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, México 1910-1930", *Hispanic American Historical Review*, Vol. 81, n° 3-4, pp. 653-688.

Rivera-Garza, C. (2003), "Becoming Mad in Revolutionary Mexico: Mentally Ill Patients at the General Insane Asylum, Mexico, 1910-1930", en Porter, R. y

- Wright, D., *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 248-272.
- Rivera-Garza, C. (2010), *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General*, México, Tusquets.
- Rodgers, D. T. (1998), *Atlantic Crossings: Social Politics in a Progressive Age*, Boston, Harvard University Press.
- Rodríguez Ajenjo, C. (1993), "Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de La Castañeda", *Tramas*, n° 5, pp. 25-38.
- Rojas, Nerio <http://divulgacion.famaf.unc.edu.ar/?q=ameghino/rojas-nerio> (20/06/2014).
- Rosen, G. (1974). *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza.
- Rossi, L. (2004), "Consideraciones sobre la subjetividad en los argentinos contemporáneos, 1920-1960", Tesis de Doctorado en Psicología, directores: Dr. A. Vilanova y Gerardo Mazur, Buenos Aires, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Rothman, D. J. (1971), *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston, Little, Brown and Company.
- Roudinesco, E. (1994), *Généalogies*, París, Fayard; (2001), *Why Psychoanalysis?*, Nueva York, Columbia University Press.
- Roudinesco, É. (1996), "Lecturas de la Histoire de la folie (1961–1986). Introducción", en *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*, Buenos Aires, Paidós, pp. 9–32
- Ruiz Zevallos, A. (1994), *Psiquiatras y locos. Entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú: 1850-1930*, Lima, Instituto Pasado & Presente.
- Sacristán, C. (2001), "Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, n° 51, pp. 91-120.
- Sacristán, C. (2002), "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. II, n° 2, pp. 61-80.
- Sacristán, C. (2003), "Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945–1948", *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, Vol. 26, n° 3, pp. 57-65.

Sacristán, C. (2005a), "La Locópolis de Mixcoac en una encrucijada política. Reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933", en Sacristán, C. y Piccato, P. (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto Mora, IIH-UNAM, pp. 199-232.

Sacristán, C. (2005b), "Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932", en *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Vol. 12, n° 3, pp. 675-692.

Sacristán, C. (2007), Entrevista realizada al Ingeniero Felipe Nieto, hijo del doctor Dionisio Nieto, 22 de mayo, México.

Sacristán, C. (2009), "La locura se topa con el manicomio. Un historia por contar", *Cuicuilco*, Vol. 16, n°45, pp. 163-188.

Sadowsky, J. (2005), "Beyond the Metaphor of the Pendulum: Electroconvulsive Therapy, Psychoanalysis, and the Styles of American Psychiatry", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Disponible en <http://jhmas.oxfordjournals.org/> (02/10/2014).

Salvatore, R. (2007), *Contextos locales y redes transnacionales en la formación del conocimiento moderno*, Rosario, Beatriz Viterbo.

Santi, I. (2006-2007), "El paciente inmigrante en Buenos Aires a fines del siglo XIX. De la filantropía a la tecnología alienista", *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*. Disponible en <http://alhim.revues.org/1322> (02/07/2014).

Santos, N. M. W. (2007), "História, sensibilidade e ficção: o manicômio brasileiro e a loucura na narrativa íntima de Lima Barreto", *História: Debates e Tendências (Passo Fundo)*, Vol. 6, pp. 187-205.

Santos, N. M. W. (2007), "Uma lágrima furtiva de um doido bem esquisito: Sensibilidade nos jardins do hospício....", *Nuevo Mundo-Mundos Nuevos*, Vol. 7, p. 3.

Santos, N. M. W. (2006), "De médico e louco: As fronteiras entre os discursos", *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, Vol. IX, n° 2, pp. 195-386.

Santos, N. M. W. (2005), "Escritos de si como reveladores da sensibilidade sobre a loucura", *Nuevo Mundo-Mundos Nuevos*, Vol. 5, pp. 1-15.

Santos, N. M. W. y Wadi, Y. M. (Orgs.), *História e Loucura: saberes, práticas e narrativas*, Uberlândia, EDUFU.

Santos, N. M. W. (2008), *Narrativas da loucura e Histórias de sensibilidades*, Porto Alegre, Editora da Universidade UFRGS.

Santos, N. M. W. (2010), "Psiquiatria e História Cultural - a literatura como fonte e a loucura como objeto", en Wadi, Y. M y Weber Santos, N. M. (orgs.), *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*, Uberlândia, EDUFU.

Santos, N. M. W. (2008), "Memórias de um velho hospício": práticas de exclusão x histórias de vidas narrativas em conflito", en Pesavento, S. y Gayol, S. (orgs.), *Sociabilidades, justiça e violências: práticas e representações culturais no Cone Sul (séculos XIX e XX)*, Porto Alegre, Editora de UFRGS, pp. 225-254.

Sapiro, G. (2008), "La circulation internationale des livres de sciences humaines et sociales: le cas des traductions". Paper presentado a la conferencia "Sciences humaines et sociales en société", Université Paris-Descartes (14-16 de mayo) (borrador).

Saurí, J. (1996), *Historia de las idas psiquiátricas. El naturalismo psiquiátrico*, Buenos Aires, Lohlé-Lumen.

Scherman, P. (2010), "De las prácticas experimentales de la psicología a la profesión de psicólogo, Universidad Nacional de Córdoba 1900-1960", Tesis de Doctorado en Psicología, Córdoba, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

Schwartz, M. A. (1987), "Typifications. The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry", *The Journal of Nervous and Mental Disease* n° 175: 65-77.

Schwartz, J. (2000), *La hija de Casandra. Una historia del psicoanálisis en Europa y América*, Madrid, Síntesis.

Scheff, T. J. (1966), *Being mentally ill: A sociological theory*, Chicago, Aldine.

Scheff, T. J. (1973), *El rol del enfermo mental*, Buenos Aires, Amorrortu.

Scheper-Hughes, N. (1982), *Saints, scholars, and schizophrenics. Mental illness in rural Ireland*, Berkeley, University of California Press.

Scheper Hughes, N. y Lock, M. (1987), "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 1, n° 1, pp. 6-41.

Scull, A. (1983), "Humanitarianism or Control? Some Observations on the Historiography of Anglo-American Psychiatry", en Cohen, S. y Scull, A. (eds.), *Social Control and the State. Historical and Comparative Essays*, Oxford, Martin Robertson, pp. 118-140.

Scull, A. (1994), "Somatic Treatments and the Historiography of Psychiatry," *History of Psychiatry*, n° 5, pp. 1-12.

Scull, A. (2008), "Los endeblecimientos del monumento foucaultiano", *Revista de libros*, n° 135, pp. 27-30.

- Shorter, E. (1975), *The Making Modern Family*, Nueva York, Basic Books.
- Shorter, E. (1997), *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Nueva York, John Wiley and Sons.
- Showalter, E. (1987), *The Female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Londres, Virago.
- Silva, M. (2004), "Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial", Tesis de maestría de la Universidad do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
- Silva, S. Santos de Almeida (2012), "Iluminismo e ciência luso-brasileira: uma semiologia das doenças nervosas no período joanino", Tesis de Doctorado, Doutorado em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- Solá, A. (2006), *Hollywood, cine y psiquiatría*, Barcelona, Base.
- Stagnaro J. C. (1990), "Diego Alcorta y la manía aguda: preliminares de la psiquiatría en la Argentina", *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. 1, n° 1, pp. 57-63.
- Stagnaro, J. C. (2005), "Lucio Meléndez y el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina (1870-1890)". Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
- Stagnaro, J. C. (2006a), "Domingo Cabred en Perú: política diplomática y ciencia argentinas en el ámbito latinoamericano", VII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, La Plata, Argentina.
- Stagnaro, J. C. (2006b), "Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. VI, pp. 7-37.
- Styron, W. (1992), *Esa visible oscuridad: memoria de la locura*, Madrid, Grijalbo.
- Sueur, L. (1994), "Les psychiatres français de la première moitié du XIXe siècle face à l'isolement des malades mentaux dans des hôpitaux spécialisés", *Revue o Historique*, n° 291, pp. 299-314.
- Swain, G. (1982), "Une logique de l'inclusion: les infirmes du signe", *Esprit. Changer la culture et la politique*, n° 5, pp. 61-71.
- Swain, G. (1994), *Dialogue de l'insensé*, París, Gallimard.

Talak, A. (2005), "Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina, 1900-1940", en Miranda, M. y Vallejo, G. (comps.), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 563-599.

Talak, A. M. (2008), "La invención de una ciencia primera. Los primeros desarrollos de la psicología en la Argentina (1896-1919)", Tesis de Doctorado en Historia, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Terán, O. (1987), *Positivismo y Nación en la Argentina*, Buenos Aires, Puntosur.

Testa, D. E. (2011a), "Poliomielitis. La herencia maldita y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la Ciudad de Buenos Aires", *Intersticios*, Vol. 5, n° 2, pp. 309-323. Disponible en: <http://www.intersticios.es/article/view/8358> (12/02/2015).

Testa, D. E. (2011b), "La lucha contra la poliomielitis. Intermittencias de un recuerdo eludido. Buenos Aires (1943-1971)", Tesis de Maestría, Buenos Aires, FLACSO.

Testa, D. E. (2012a), "Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina", *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Vol. 12, n° 1. Disponible en <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/22054/23370> (08/02/2013).

Testa, D. E. (2012b), "La poliomielitis, la rehabilitación y las mujeres. Los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina (1956-1959)". Trabajo presentado en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires, del 3 al 5 de octubre.

Testa, D. E. (2012c). "La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico-social, Buenos Aires, 1943". *Revista Salud Colectiva*, Vol. 8, n° 3, pp. 299-314. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185182652012000400007&script=sci_arttext; (12/02/2015).

Tierno, R. (2008), "Demografía psiquiátrica y movimiento de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. VIII, pp. 97-129.

Tourney, G. (1967), "A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry, 1800-1966", *American Journal of Psychiatry*, n° 124, pp. 784-796.

Tropé, H. (1996), "Poder real, locura y sociedad: la concepción de los locos en los privilegios fundacionales otorgados al Hospital de Inocentes de Valencia por los monarcas aragoneses (1409-1427)", en XV Congreso de Historia de la Corona de Aragón. Actas Tomo I. *El poder real en la Corona de Aragón (siglos*

XIV–XVI), Zaragoza, Diputación General de Aragón, Departamento de Educación y Cultura, pp. 307-318.

Tropé, H. (1997), "Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVIII: los locos del Hospital de los Inocentes (1410–1512) y del Hospital General de Valencia (1512–1699)", en *La locura y sus instituciones. Actas de las II Jornadas de Historia de la Psiquiatría, Valencia*, Diputación de Valencia, pp. 141-154.

Ucha Udabe, R. (2004), "The History of Psychotropic Drugs in Argentina", en Ban, T. A, Healy, D., Shorter, E. (eds.), *The History of Psychopharmacology and the CINP As Told in Autobiography. Reflections on Twentieth-century Psychopharmacology*, Reino Unido, CINP, pp. 106-112.

Vainer, A. (1999), "Memorias para el Futuro 4. La primera residencia en Salud Mental", *Clepios, una revista para residentes de salud mental*, n° 16, p. 61.

Vainer, A. (2005), "Memorias para el futuro 8. Sociedad de Locos", *Clepios, una revista de residentes de salud mental*, n° 38, pp. 113-115.

Valenstein, E. (2000), *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health*, Nueva York, The Free Press.

Vallejo, M. (2007), "Referencias a la teoría de la degeneración en los primeros escritos del psicoanálisis argentino (1910-1940)", *Revista Investigaciones en Psicología*, Vol. 12 n° 1, pp. 121-131.

Vallejo, M. S. (2012), "Las teorías hereditarias del siglo XIX y el problema de la transmisión intergeneracional. Psicoanálisis y biopolítica", Tesis de Doctorado en Psicología, La Plata, Universidad Nacional de La Plata.

Valobra, A. M. (2005), "Algunas consideraciones acerca de la relación entre historia de las mujeres y género en Argentina", *Nuevo Topo, Revista de Historia y Pensamiento Crítico*, n° 1, pp. 101-122.

Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), "El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939): Población manicomial y prácticas asistenciales". Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid.

Venancio, A. T. (1993), "A construção social da Pessoa e a psiquiatria: do alienismo a 'Nova Psiquiatria'". *Physis*, Vol. 3, n° 2, pp. 117-135.

Venancio, A. T. (2007), "La creación del Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Brasil: ciencia y asistencia psiquiátrica", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. 7, pp. 195-212.

Vezzetti, H. (1983), *La locura en la Argentina*, Paidós, Buenos Aires.

Vezzetti, H. (1985), "El discurso psiquiátrico", en Biagini, H. (compil.), *El Movimiento positivista argentino*, Buenos Aires, Editorial de Belgrano.

- Vezzetti, H. (1991), "Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas", *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. II, n° 3, pp. 59-61.
- Vezzetti, H. (1992), *El campo de la psicología a la luz de su historia*, Buenos Aires, Departamento de publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Vezzetti, H. (1996a), *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon Rivière*, Buenos Aires, Paidós.
- Vezzetti, H. (1996b), *Freud en Buenos Aires 1910-1939*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes, edición ampliada.
- Vezzetti, H. (comp.) (1989), *Freud en Buenos Aires, 1910-1939*, Buenos Aires, Puntosur.
- Villasante, O. (1999), "El Manicomio de Leganés. Debates científicos y administrativos en torno a un proyecto frustrado", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n° 19, pp. 469-479.
- Villasante, O. (2002), "La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España", *SISO/Saude*, n° 37, pp. 101-117.
- Villasante, O. (2003), "La malarioterapia en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva: Primeras experiencias en España", en Fuentenebro, F., Huertas, R. y Valiente, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 175-188.
- Villaseñor Bayardo, S. J. (2006), *Voces de la psiquiatría. Los precursores*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Viqueira, C. (1965), "Los hospitales para 'locos e inocentes' en Hispanoamérica y sus antecedentes españoles", *Revista de Medicina y Ciencias Afines*, Vol. 22, n° 270.
- Visacovsky, S. (2002); *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires, Alianza.
- Visacovsky, S. (2008), "Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino", *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, n° 6, pp. 91-111.
- Visacovsky, S. (2009), "Origin stories, invention of genealogies and the early diffusion of lacanian psychoanalysis in Argentina and Spain (1960-1980)", en Damousi, J. y Plotkin, M. (eds.), *The Transnational Unconscious. Essays in the History of Psychoanalysis and Transnationalism*, Nueva York, Palgrave Macmillan, pp. 227-256.

Wadi, Y. M. (1999-2000), "Aos luocos, os médicos: a luta pela medicalização do hospício e construção da psiquiatria no Rio Grande dô Sul", *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Vol. VI, n° 3, pp. 659-679.

Wadi, Y. M. (2005), "Recreando la vida: catarsis y escritura íntima en las cartas de una paciente psiquiátrica", en Castillo, A. y Sierra Blas, V. (coords.), *Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, España, Trea, pp. 421-447.

Wadi, Y. M. (2005), "A escrita epistolar no hospício: documento médico, documento histórico", *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, Vol. VIII, n° 1, pp. 137-149.

Wadi, Y. M. (2008a), "Médicos e loucos no sul do Brasil: um olhar sobre o Hospício São Pedro de Porto Alegre / RS, seus internos e as práticas de tratamento da loucura (1884-1924)", *Asclepio. Revista de História de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LX, n° 2, pp. 43-74.

Wadi, Y. M. (2008b), "Camille, Pierina, Stela... Locura, subjetividad y escritura en espacios de internamiento", La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Actas. Granada, 11-14 de junio de 2008, Granada, Universidad de Granada, pp. 205-209.

Wadi, Y. M. (2009), *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*, Uberlândia, EDUFU.

Wainerman, C. y Binstock, G. (1992), "El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires", *Desarrollo Económico*, n° 126, pp. 271-284.

Weiner, D. (2002), *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*, México, Fondo de Cultura Económica.

Weissmann, P. (1999), "Francisco de Veyga. Prolegómenos de la clínica criminológica en la Argentina", *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 7, pp. 3-17.

Weissmann, P. (2001), "Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina", *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 12, pp. 3-19.

Wing, J. (1962), "Institutionalism in mental hospitals", *British Journal of Social and Clinical Psychology*, n° 1, pp. 38-51.

Wikinski, S. (2004), "Trastornos de ansiedad, neurosis: clínica y terapéutica", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XV, n° 1, pp. 38-41.

Zabala, J. P. y Romero, L. (2012), "Reconocimiento e institucionalización de la Poliomiélitis como problema médico y social en la Argentina". Trabajo

presentado en el V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires, del 3 al 5 de octubre.

Zilboorg, G. (1968), *Historia de la psicología médica*, Buenos Aires, Psique.

Web

“El positivismo biológico en ‘La sociedad y el delito’ (1947) de José Belbey”, <http://www.monografias.com/trabajos40/belbey-sociedad-y-delito/belbey-sociedad-y-delito.shtml> (21/06/2014).