



Un caso en la psiquiatría argentina : Crisis en el Open Door de Oliva. Institucionalidad, saberes y prácticas entre 1930 y 1934 (Córdoba, Argentina)

Laura Natalia Vanadia.

Tesis (Doctor en Ciencias de la Salud)--Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, 2020

Aprobada: 10 de junio de 2021

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>



Un caso en la psiquiatría argentina : Crisis en el Open Door de Oliva. Institucionalidad, saberes y prácticas entre 1930 y 1934 (Córdoba, Argentina) por Laura Natalia Vanadia se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

SECRETARÍA DE
GRADUADOS EN
CS. DE LA SALUD



Universidad
Nacional
de Córdoba

UN OCASO EN LA PSIQUIATRÍA ARGENTINA

**Crisis en el *Open Door* de Oliva: institucionalidad, saberes y prácticas entre
1930 y 1943 (Córdoba, Argentina)**

Tesis doctoral presentada por

LAURA NATALIA VANADIA

ante la

Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad Nacional de Córdoba

para acceder al grado de

DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Dirección de tesis:

Directora, María Laura Rodríguez

Córdoba, Argentina, octubre 2020

AGRADECIMIENTOS

Cuando el investigador... se limita al instante presente de la vida de una sociedad, resultará en primer lugar víctima de una ilusión, porque todo es historia: lo que se ha dicho ayer es historia, lo que se ha dicho hace un minuto es historia. Pero, sobre todo, ... se condena a no conocer este presente, porque sólo el desarrollo histórico permite sopesar los elementos actuales y estimar sus relaciones respectivas

Lévi-Strauss

Al sopesar las presencias y condiciones que hicieron posible este proceso de escritura solitario que implica la elaboración de la tesis, temo no lograr expresar en pocas palabras todo el reconocimiento y aprecio que les debo y siento. Pero debo comenzar:

Gracias al pueblo argentino, que con sus contribuciones y esfuerzos me permitieron acceder a una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas para poder realizar este doctorado. A cada autor/a citado/a en este trabajo que con su compromiso con la escritura y el conocimiento me han posibilitado empalabrar y empoderar mis ideas y el proceso de investigación.

Quiero agradecer muy especialmente a la Dra. María Laura Rodríguez, por recibirme, aconsejarme y acompañarme desde los momentos iniciales en esta odisea. Gracias Laura por anudar borromeamente mis intereses, temores y proyectos. Por tus lecturas y devoluciones, por tu tiempo y empeño en la difícil tarea de guiarme en rumbos tan inciertos. Al Dr. Adrián Carbonetti, director del CIECS, CONICET-UNC, por hacer de la institución un espacio para compartir y trabajar. Al Dr. Martín Eynard, por sus contribuciones y frecuentes preguntas para brindar su colaboración y darme aliento.

A las personas encargadas del Archivo del Hospital Emilio Vidal Abal, particularmente a Sirley Susana Gomez, por hacer posible la materialización de este trabajo y facilitarme el acceso a la institución.

A la directora y vicedirectora de la Escuela de Fonoaudiología (FCM-UNC), Dra. Silvana Serra y Lic. Mónica Brizuela, por confiar en mí y brindarme un espacio identitario.

Al núcleo esencial de la cátedra de Metodología de la Investigación Científica de la EsFo: Silvina Berra, María Hinalaf y Ana Luz Maggi. Gracias por tanto. Por los mates y aprendizajes, por las alegrías y el compañerismo, por la paciencia y la presencia, por el aliento.

A Silvina Berra, por su indescriptible maternaje académico. Por su escucha y consejos en el inquietante, y por momentos incomprensible, mundo de la investigación. Por callar, por hablar, por su hacer y también por su resistir.

A mis compañeros de doctorado Sebastián Blanco, Ana Luz Maggi y Elizabeth Cieri, por compartir la alegría y complicidad que impregnaba cada minuto de nuestra cursada.

A mis compañeros del CIECS: “La Caro Mazzetti, la Vane Crissi, y la Paulita Torres”, por las ñoñadas, las jornadas de trabajo y tanto aguante!!!

A Magdalena Stang, por su paciente y minucioso trabajo de corrección.

A mis amigas Sofía Salegas, Carina Lescano y Cecilia Luna por ser luz, camino y guía. En especial a “la negra” por su presencia, su sabiduría y habilidad para templar mi cansancio y entusiasmo.

A les logies: Pablo Oshiro, Daniela Sanchez, Irupé Teniente, Ignacio Ponce de León y José Ignacio Stang. Gracias mis queridos por “alimentar” y bancar este proyecto desde la buena compañía, la paciencia y el empuje!!

A mi mamá y papá por la vida, por sus aciertos y por los vacíos... a mis hermanes y sobrinas, y principalmente a Valentina, por atarme al ritmo de la vida, a quién también le agradezco que haya comprendido mi ausencia durante este tiempo y le recuerdo que la amo.

A José Ignacio Stang, por ser mi cómplice y TODO... por su cabal e inquebrantable presencia, por su constante mirada amorosa, por su resplandeciente palpitar, por su entendimiento y entrega, por su paciencia infinita y compañía incondicional, por no permitirme salvarme del vivir... por amarme desinteresada y auténticamente... por doctorarse casi, con este trabajo...

A Graciela Cogo, por ser familia, compañera, y guía. Por ser regazo amoroso y por aventurarse/me a vivir y experimentar. Por sumarse a una historia en curso y por su amor. Por tanta espera en silencio, por su pureza y claridad.

A Roxy, mi perra, por ser hija, estudiante canina de psicología, fonoaudiología, estadística, metodología y doctoranda.

Y con las últimas energías gracias a Laura Natalia Vanadia, por tanta lucha y coraje, por no abandonar, por no renunciar a sus pasiones ni sueños. Por deconstruirse continuamente y volver a empezar... por convencerme todos los días de que “vale la pena”, por no cansarse nunca de pensar, ni de “ñoñar”.

INDICE

RESUMEN	7
<hr/>	
INTRODUCCIÓN	9
<hr/>	
Ojetivo general	20
Objetivos específicos	20
<hr/>	
METODOLOGÍA	21
<hr/>	
I. Fundamentación metodológica	21
II. Estrategia metodológica	22
III. Técnicas de investigación y plan de análisis de datos	24
IV. Resguardos éticos	26
<hr/>	
CAPÍTULO 1	27
<hr/>	
El dispositivo asistencial psiquiátrico: desde los desarrollos europeos al desfasaje del caso argentino	
1.1. El alienismo como hito fundacional: Europa siglos XVIII y XIX	28
1.1.1. El código teórico de la psiquiatría europea	33
1.1.2. Espacios y tratamientos	37
1.2. El caso argentino: algunas líneas históricas	41
1.2.1. La creación del dispositivo psiquiátrico	48
1.2.2. Los Asilo-Colonia para Alienados	52
1.2.3. La Liga Argentina de Higiene Mental	56
<hr/>	
CAPÍTULO 2	63
<hr/>	
El Asilo Colonia de Oliva como espacio de la locura en Córdoba	
2.1. Conformación del <i>Open Door</i> de Oliva	64
2.1.1. Matriz organizacional de Oliva: 1914-1930	70

2.2. La crisis dentro del ocaso	79
2.2.1. Un declinar en la larga duración	82
2.2.2. La Liga de Higiene y los desafíos profesionales	89
2.2.3. Los nudos borromeos durante la década de 1930: respuesta institucionales en Oliva	94
CAPÍTULO 3	101
<hr/>	
Desarrollo disciplinar y legitimidad profesional en los años 30	
3.1. Cronicidad e incurabilidad	102
3.1.1. La clasificación y el diagnóstico	111
3.1.2. Porosidades en el diagnóstico anatomopatológico	117
3.2. La etiología de la locura	122
3.2.1. El degeneracionismo y los contornos de la locura heredada	124
3.2.2. El Regeneracionismo	131
CAPÍTULO 4	137
<hr/>	
La faz terapéutica en el Asilo: torsiones prácticas y conceptuales	
4.1. La productividad como matriz de la laborterapia, 1914-1930	138
4.2. Tensiones en el modelo asistencial de Oliva	144
4.3. Nuevos desarrollos conceptuales: la praxiterapia	150
4.3.1. Resortes y dinámicas institucionales	158
4.3.2. Alcances y límites de la nueva agenda durante la década de 1930	167
CAPÍTULO 5	171
<hr/>	
Tensiones en el “saber ver” y el “saber hacer” profesional	
5.1. El caso “Adela”: una historia de vida	172
5.2. El “saber ver” en las prácticas institucionales	180
5.3. El “Saber hacer”. Entre la laborterapia y la praxiterapia	185
CONCLUSIONES	209
<hr/>	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	221
<hr/>	
FUENTES DOCUMENTALES	233
<hr/>	
ANEXO	239
<hr/>	

RESUMEN

La presente investigación aborda la conformación del dispositivo psiquiátrico articulado en el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva, reconstruyendo las relaciones entre instituciones, saberes y prácticas que fueron definiendo su modo de funcionamiento en el contexto de crisis devenido entre 1930 y 1943. Durante ese período se cristalizaron cambios sociopolíticos a nivel nacional que repercutieron en el dispositivo articulado en el establecimiento y también activaron un proceso complejo en materia de la agenda científica de la psiquiatría argentina, ligado a la profesionalización de la especialidad y la redefinición de sus marcos conceptuales y prácticos.

El objeto de estudio propuesto se analiza en torno a dos grandes ejes. En primer lugar, se identifican los desarrollos involucrados en la construcción y consolidación del dispositivo psiquiátrico argentino (1880-1930) y su vinculación a referentes doctrinales europeos. Dentro de ese proceso, se remite a la creación del Asilo Colonia de Oliva (1914) y se describen las condiciones que fueron definiendo su devenir. En segundo lugar, se identifican las réplicas que desarrollaron los alienistas que trabajaron en el establecimiento frente al recrudescimiento de las tensiones institucionales y disciplinares que atravesaban durante la década del 1930. Se analizan los desplazamientos entre el discurso especializado de los profesionales y las prácticas efectivamente desarrolladas con los pacientes.

El trabajo se imprime en el campo de la historia social de la psiquiatría y se corresponde predominantemente con una perspectiva de investigación cualitativa, articulando un análisis hermenéutico de las fuentes seleccionadas y un abordaje bibliográfico de aportes historiográficos especializados. El corpus documental se conformó por las publicaciones de los profesionales divulgadas en el Boletín científico de la institución y un conjunto de historias clínicas de pacientes internados en el establecimiento durante el período analizado.

La reconstrucción de las permanencias y cambios en el dispositivo articulado en Oliva entre 1930 y 1943, dio cuenta de un cuerpo profesional constreñido, más que portadores de un poder monolítico y omnipresente, y evidenció las múltiples experiencias que definieron el espacio institucional psiquiátrico. Sin desconocer la existencia de trayectorias subjetivas de reclusión social, los manicomios también constituyeron zonas de refugio social, ámbitos terapéuticos y escenarios de observación de “la locura” que facilitaba la producción del saber.

Palabras clave: Psiquiatría, Historia Social, Hospitales Psiquiátricos, Open Door, Neuropsiquiátrico de Oliva, Argentina

ABSTRACT

The present research deals with the conformation of the psychiatric device articulated in the Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva, reconstructing the relations between institutions, knowledge and practices that defined its way of functioning in the context of the crisis that occurred between 1930 and 1943. During this period, socio-political changes were crystallized at a national level, which had an impact on the device articulated in the establishment and also activated a complex process in terms of the scientific agenda of Argentine psychiatry, linked to the professionalization of the specialty and the redefinition of its conceptual and practical frameworks.

The proposed object of study is analyzed around two main axes. Firstly, it identifies the developments involved in the construction and consolidation of the Argentine psychiatric device (1880-1930) and its link to European doctrinal references. Within this process, reference is made to the creation of the Asilo Colonia de Oliva (1914) and the conditions that defined its evolution are described. Secondly, it identifies the replicas developed by the alienists who worked on the establishment in the face of the intensification of institutional and disciplinary tensions that they were experiencing during the 1930s. The displacements between the specialized discourse of the professionals and the practices actually developed with the patients are analyzed.

The work is printed in the field of social history of psychiatry and corresponds predominantly to a qualitative research perspective, articulating a hermeneutic analysis of the selected sources and a bibliographic approach of specialized historiographic contributions. The documentary corpus was formed by the publications of the professionals disclosed in the Scientific Bulletin of the institution and a set of clinical records of patients interned in the establishment during the analyzed period.

The reconstruction of the stays and changes in the articulated device in Oliva between 1930 and 1943, showed a constrained professional body, more than bearers of a monolithic and omnipresent power, and evidenced the multiple experiences that defined the institutional psychiatric space. Without ignoring the existence of subjective trajectories of social seclusion, the asylums also constituted areas of social refuge, therapeutic environments and scenarios for the observation of "madness" that facilitated the production of knowledge.

Key words: Psychiatry, Social History, Psychiatric Hospitals, Open Door, Neuropsychiatric Hospital of Oliva, Argentina

INTRODUCCIÓN

El Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva fue la primera institución psiquiátrica de tipo *Open Door* creada en el interior de la Argentina, en la localidad de Oliva, ubicada a 96 km de la capital provincial de Córdoba. El establecimiento comenzó a funcionar en el año 1914 y, durante las primeras décadas de ese siglo, adquirió un lugar central en el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales en el país. Por sus grandes dimensiones y su capacidad de camas disponibles, este asilo llegó a ser el más grande de Sudamérica y se convirtió en un lugar de derivación privilegiado para las principales instituciones psiquiátricas de Buenos Aires (Eraso, 1999). Efectivamente, dada su importancia estratégica como centro de descongestionamiento de los hospitales capitalinos, la historiografía vernácula ha abordado distintos aspectos de su configuración institucional entre 1914 y 1933, destacándose tres artículos científicos (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 2002, 2010) y el trabajo de licenciatura de Eraso (1999).

Los aportes historiográficos mencionados constituyen elementos clave para el desarrollo del presente estudio. Las investigaciones realizadas por las autoras sobre el Asilo de Oliva mostraron un panorama institucional de crisis permanente, caracterizado por una continua sobrepoblación de internados, conjugada con una insuficiencia de recursos materiales y económicos. Este contexto era muy similar al que sucedía en el resto de los hospitales psiquiátricos nacionales de esos años (Requiere, 2000; Eraso, 2010). Si bien todos estos espacios compartían lineamientos similares al nacer del proyecto de creación de instituciones psiquiátricas en distintos puntos de Argentina llevado a cabo por Domingo Cabred, no es posible pensar en estos ámbitos, actores y procesos desde una mirada que aborde dichas configuraciones como propias de dinámicas “nacionales”. Ferrari (2016) ha señalado la importancia de recuperar las particularidades locales en el

estudio de estos establecimientos, que, como Oliva, se pusieron en funcionamiento durante las dos primeras décadas del siglo XX en la Argentina. Hasta 1900, Buenos Aires había sido el escenario principal en materia de asistencia psiquiátrica a enfermos mentales. A partir de ese momento, los proyectos disciplinares promovieron la apertura de establecimientos en territorios del interior nacional. Cada nueva institución quedó a cargo de diferentes alienistas que imprimieron modos particulares de funcionamiento en los hospitales de acuerdo a su formación teórica y también a las condiciones que cada región ofrecía para realizar el trabajo (emplazamiento geográfico de los hospitales, procedencia de los pacientes, cantidad de enfermos asistidos, número de profesionales, etc.). En esta dirección, es difícil sostener líneas generales de análisis y se requieren abordajes que se adecuen a las apropiaciones locales y materiales operadas en el momento (Ferrari, 2012).

Reconstruyendo en parte este contexto, las investigaciones de Eraso y Agüeros han avanzado en el estudio del dispositivo psiquiátrico articulado en el Asilo Colonia de Oliva durante la etapa de 1914 a 1930. Sus trabajos han dado cuenta de la crisis institucional que transitaba el establecimiento. A medida que avanzaban los años 30, esta situación se halló más espoleada por el ingreso continuo de alienados crónicos que no eran aptos para la aplicación de la laborterapia, lo que recrudecía las carencias presupuestarias permanentes (Agüeros y Eraso, 1999). En efecto, la caracterización de este entramado institucional redundó en que la historiografía local interpretara que la terapéutica que constituía el eje de funcionamiento de Oliva, la laborterapia, aunque se sostenía en postulados teóricos de referencia internacional, respondió más a razones o metas de productividad económica (capacidad de los alienados para el trabajo) que a criterios médicos científicos. En la misma línea, se consideró que la configuración institucional del Asilo Colonia de Oliva habría revelado experiencias de disciplinamiento, donde el enfermo mental crónico fue conceptualizado predominantemente como un medio de sostenimiento institucional, alejado de la intervención estrictamente psiquiátrica (Eraso, 1999, 2002).

Si bien las contribuciones repasadas resultan fundamentales y, como tales, se recuperan a lo largo de todo el trabajo, esta investigación plantea la necesidad de renovar la clave interpretativa que ha venido predominando en la lectura del dispositivo psiquiátrico de Oliva. Esto implica varios recortes y operaciones analíticas asociadas. Se

parte de plantear que las configuraciones institucionales no forman un universo ontológico distinto a los saberes y las prácticas terapéuticas. En ese sentido es necesario realizar algunas consideraciones sobre el concepto de “dispositivo psiquiátrico”. Como afirma Agamben (2016), este término es de uso frecuente en estudios sobre las instituciones psiquiátricas, “no obstante carece de una verdadera y propia definición” (p.7). En el presente trabajo, se retoman las reflexiones del autor y se lo entiende como la red de relaciones entre los elementos heterogéneos, tanto lingüísticos como no lingüísticos (discursos, edificios, leyes, acciones), que caracterizan el modo de funcionamiento de una institución, y cuya existencia tiene una función estratégica de respuesta que puede ser empíricamente rastreable.

Es importante destacar que, desde el panorama historiográfico local, se ha dado un gran peso a interpretaciones de corte foucaultiano, que consideran al manicomio como un instrumento del Estado, establecido para silenciar a los alienados, lejos de constituirse en una institución terapéutica. De acuerdo con ello, en esta agenda de estudios persisten ciertos vacíos, específicamente en lo que refiere al abordaje de esta institución sin restringirla a un espacio de reclusión y disciplinamiento. Como se verá, recocer este panorama es fundamental para poder avanzar en el análisis de las dinámicas institucionales abiertas en el Asilo Colonia a partir de la década de 1930, etapa que, hasta el momento, no ha sido objeto de investigaciones.

Sin soslayar el panorama de constricciones referido por Eraso y Agüeros, las investigaciones sobre las experiencias de los manicomios de fines del siglo XIX y primeras décadas del XX arrojan evidencias cada vez más contundentes para respaldar que este tipo de carencias no impidieron que los asilos devinieran en espacios terapéuticos y, en muchos casos, ámbitos de producción de saberes (Sacristán, 2009). Como dejan ver Pérez Fernández y Peñaranda Ortega (2017), aunque hasta bien entrado el siglo XX las instituciones para enfermos mentales se redujeron en muchos casos a hospicios para “locos” y “desamparados”, también se reconoce su papel en el proceso que condujo a los desarrollos de la psicopatología moderna.

En términos teóricos, la historiografía sobre instituciones manicomiales argentinas de las últimas décadas insiste en la importancia de trascender lecturas que enfatizan el rol asignado a estos establecimientos estatales como dispositivos de poder articulados al servicio de un todopoderoso Estado nacional, con capacidad de

intervención y regulación absoluta sobre los cuerpos y voluntades de los pacientes (Sacristán 2005, 2009; Stagnaro, 2006; Ablard, 2008; Huertas, 2012 Ferrari, 2016). Más aún si se tiene en cuenta que el contexto nacional del momento se caracterizó por una marcada crisis política y económica, y que la realidad institucional de estos establecimientos fue atravesada por las constricciones y presiones de la época. El hacinamiento y las insuficiencias materiales institucionales hablaban más de un Estado en quiebra que de un sistema monolítico (Ablard, 2008).

En función de lo reseñado, se sostiene partir de Sacristán (2005), cuyas consideraciones señalan la capacidad explicativa que alcanzan las investigaciones desarrolladas desde la historia social de la psiquiatría, al basarse en un enfoque interpretativo que indaga los procesos disciplinares en función del contexto socio-cultural en el que se producen. De acuerdo con ello, se adhiere a dos premisas básicas sostenidas por la autora. En primer lugar, se asume que “la locura no puede ser comprendida fuera del orden social y cultural que la nombra” y, en segundo lugar, que “la medicina y posteriormente la psiquiatría, como generadora de conocimiento, se encuentra sujeta a la propia dinámica interna de la ciencia pero también a los condicionamientos económicos, políticos, religiosos y jurídicos” (p.24).

El análisis del dispositivo psiquiátrico implementado en el Asilo de Oliva, desde la perspectiva de la historia social de la psiquiatría, permite desarrollar una lectura que trasciende las explicaciones de su función como una técnica de control y segregación alienante (sin negar la presencia de tales objetivos). Se trata más bien de evidenciar las múltiples experiencias que definieron el espacio institucional psiquiátrico. Sin desconocer la existencia de trayectorias subjetivas de reclusión social, los manicomios también constituyeron zonas de refugio social, ámbitos terapéuticos y escenarios de observación de “la locura” que facilitaba la producción del saber (Sacristán, 2009). Además, desde este tipo de abordajes, pueden interrogarse los alcances reales de las propuestas realizadas por la psiquiatría, cuyo campo disciplinar no fue ajeno a fracturas, tensiones y negociaciones internas que impactaban en la manera de administrar la patología. En el presente trabajo, se abordan las dinámicas disciplinares que fueron definiendo aquello considerado patológico por los especialistas y los modos propuestos para intervenirlo terapéuticamente. Es relevante poner atención al entramado de elementos y múltiples

actores sociales involucrados en la construcción de esos discursos especializados, y también a los valores sociales, económicos y políticos que expresaron o negaron.

En cuanto al estudio de este panorama de crisis devenido a partir de los años 30, que suele identificarse a nivel del sistema de atención psiquiátrica argentina con el “ocaso de los Proyectos de Cabred” (Stagnaro, 2006, p.13), las investigaciones locales no han atravesado los primeros años de esa década. En consecuencia, existe un vacío en materia de estudios que profundicen el panorama de crisis institucional que atravesó el Asilo de Oliva en esa época. Además, los abordajes previos tampoco han buscado potenciar un análisis dirigido a explicar otros niveles de variables que aumentan la complejidad de las tensiones de esta etapa. En esta dirección, el presente estudio aborda un proceso soslayado hasta el momento por la historiografía local. Se interrogan las constricciones materiales que limitaron el funcionamiento del Asilo de Oliva y, a partir de allí, se indaga cómo sus alienistas atravesaron dicha crisis, agudizada hacia 1930 cuando el grupo de enfermos considerados incurables representó el 90 % de los pacientes internados. Las particularidades propias del caso de Oliva otorgaron el tono definitorio al dispositivo psiquiátrico articulado en el establecimiento a nivel de su configuración institucional, los marcos conceptuales utilizados por los profesionales y las prácticas concretas desarrolladas. Asimismo, la crisis que comenzó a profundizarse en los años 30 puso en evidencia procesos ligados a los nuevos desafíos disciplinares impulsados por la Liga Argentina de Higiene Mental (en adelante, LAHM), entramado que tensionó las dinámicas de profesionalización de la psiquiatría argentina y potenció la deslegitimación de un sector de esta elite, los alienistas.

Los aportes de Allevi (2016, 2018 a, 2018 b) localizan en los años 20 y 30 la emergencia de los procesos de consolidación del campo psiquiátrico nacional y la búsqueda de autonomía de la disciplina como especialidad legítima de la medicina. La institucionalización de la LAHM reflejó el proceso de profesionalización disciplinar y las tensiones por incorporar los postulados del modelo médico del momento.

A partir de las consideraciones realizadas, puede afirmarse que las investigaciones desarrolladas en el campo de la historia social de la salud y la enfermedad, que abordaron los procesos de profesionalización de la medicina y legitimación de sus especialidades¹,

¹ Dentro de esta línea de abordajes, se encuentran los siguientes trabajos: Carbonetti A, Aizenberg L, Rodríguez ML. La Historia Social de la Salud y la enfermedad: conformación, logros y desafíos. Revista

contribuyen a la indagación del objeto de análisis del presente trabajo. Los estudios de González Leandri (1999 a, 1999 b, 2006) sobre la construcción de la profesión médica en Buenos Aires a finales del siglo XIX señalaron el peso del higienismo ante el panorama sanitario nacional del momento y la consecuente inscripción de los médicos en las arenas del Estado como estrategias de consolidación profesional. Estos antecedentes aportan elementos útiles para analizar los procesos de construcción de la figura de los psiquiatras como expertos en el tratamiento de las enfermedades mentales. En lo que respecta al campo específico de la psiquiatría nacional, las investigaciones históricas han privilegiado el análisis de la circulación de saberes, su apropiación y la constitución de redes por sobre los procesos de profesionalización². En consecuencia, interesa retomar las recientes investigaciones de Allevi (2018 a, 2018 b, 2019), que problematizaron los procesos de búsqueda de autonomía de la psiquiatría argentina de entreguerras (1919-1939). Sus hallazgos evidenciaron cómo las teorías, las prácticas y las técnicas de abordaje de la especialidad circulaban y obraban como discursos que legitimaban a los psiquiatras que nucleaban las propuestas de la LAHM.

La emergencia de ciertos procesos de elaboración teórica a partir de 1933 en el Asilo Colonia de Oliva, representados por la creación del Boletín científico institucional (1933-1942) y la Conferencia de Médicos del Asilo (1935), es representativa de los ajustes que los alienistas comenzaron a desarrollar para responder a las nuevas tensiones

Estudios. 2013;(30):145-157; Di Liscia MS. Reflexiones sobre la nueva historia social de la salud y la enfermedad en Argentina. En: Carbonetti A, González Leandri R, Eds. Historias de salud y enfermedad en América Latina, Siglos XIX y XX. Córdoba: Editorial CEA, CONICET; 2008. p.15-47 y Armus D. ¿Qué historia de la salud y la enfermedad?. Salud Colectiva. 2010;6(1):5-10.

² Dentro de estos trabajos pioneros que han considerado el problema de la legitimidad académica y social que los psiquiatras perseguían con sus prácticas, pueden mencionarse distintas investigaciones, algunas enfocadas en el análisis de la elite de profesionales que trabajaron en Buenos Aires y otras en el interior del país. Respecto a los estudios sobre las dinámicas de circulación de saberes disciplinares en Buenos Aires, pueden consultarse los trabajos de Golman A. Legitimar psiquiatras antes que curar pacientes. Las terapias de shock en Buenos Aires, Argentina (1930-1970). Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. 2017;69(1):176-190 y García, L. La psicología por asalto. Psiquiatría y cultura científica en el comunismo argentino (1935-1991). Buenos Aires: Edhasa; 2016. Para el caso del interior del país, el trabajo de Fernando Ferrari abordó la circulación del discurso especializado de la psiquiatría en Córdoba. Véase Ferrari F. De la locura a la enfermedad mental en Córdoba (1758-1930): una historia cultural de los discursos y prácticas médicas sobre la locura. Córdoba: Adriana Hidalgo editora; 2016. Sin embargo, los antecedentes mencionados no ahondaron en la vinculación de los procesos de legitimación profesional y la puja por la autonomía de la psiquiatría dentro de la medicina. En este sentido, es de destacar el análisis sobre la profesionalización de la especialidad en Rosario, realizado recientemente por Allevi, José Ignacio. Véase Allevi JI. La construcción de un espacio de ciencia y clínica psiquiátrica: Instituciones, expertos y redes en Rosario, Argentina (1920-1944) [Tesis doctoral]. [Buenos Aires]: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2018. 292 p.

ligadas a las propuestas de modernización de la psiquiatría. Las réplicas de los especialistas locales debían asimilar los lineamientos de la LAHM a la realidad de la cronicidad del establecimiento. Además, era necesario un reajuste de los modelos conceptuales y prácticos sostenidos por la tradición alienista, puesto que ello les permitiría intervenir de manera efectiva sobre los pacientes considerados incurables, para, en último lugar, poner en valor la legitimidad de su rol profesional dentro del campo de las artes del curar.

El análisis de estos procesos estaría incompleto sin interrogar las brechas existentes entre los discursos, las teorías y las prácticas efectivamente desarrolladas en Oliva durante el periodo de estudio propuesto. Como señaló Huertas (2001 a), uno de los desafíos actuales en la historia social de la psiquiatría consiste en el desarrollo de investigaciones en escala local, que recurran a fuentes hasta ahora poco utilizadas (historias clínicas, libros de registro, etc.), para indagar las características reales de las prácticas psiquiátricas a lo largo de la historia. En este sentido, continúa el autor, es necesario construir una historia “‘desde abajo’ que (...) ponga de manifiesto las diferencias reales entre lo que los médicos (los psiquiatras) decían en sus Tratados, en sus trabajos científicos, en sus foros de debate, etc., y lo que realmente hacían en el interior de las instituciones o en sus gabinetes de consulta. El grado de cumplimiento de las normativas, el verdadero funcionamiento del modelo establecido” (p.29). Esta aproximación de la historia social de la psiquiatría procura rescatar singularidades regionales y señala las distancias entre “lo dicho” y “lo hecho” por los especialistas (Huertas, 2012).

La presente investigación, en correspondencia a los abordajes propuestos por la historia social de la psiquiatría construida “desde abajo” (Huertas, 2001 a; Sacristán, 2005), toma por objeto de conocimiento el dispositivo psiquiátrico desarrollado en el Asilo Colonia regional Mixto de Alienados de Oliva entre 1930-1943, a nivel de su organización institucional, el saber especializado de los psiquiatras y sus prácticas profesionales concretas. Se atiende a la vinculación de estos elementos con dinámicas propias del campo disciplinar y el contexto sociopolítico y profesional en el que se enmarcaron.

El recorte temporal considerado inicia en el año 1930, momento en que se agudizaba el panorama de insuficiencia de recursos materiales y humanos del Asilo de

Oliva. El dispositivo psiquiátrico articulado en el establecimiento evidenció fracturas que fueron conceptualizadas como una crisis institucional (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 1999). Además, se sumaba el aumento continuo de pacientes considerados crónicos, derivados de los hospitales de Buenos Aires, situación que, recrudecía las condiciones de hacinamiento (Eraso, 1999, 2002). A nivel disciplinar, la cronicidad de la enfermedad mental fue un tema que ocupó gran parte de la agenda psiquiátrica de los años 30 y pasó a ser vista como un desafío para la legitimidad de la psiquiatría. A nivel político, en 1932, por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, se buscó modificar el régimen interno en todos los asilos colonias regionales. Se intervino en su administración económica, como así también en los aspectos organizativos internos (tarea que, anteriormente, estaba a cargo de los directores)³. El final del período de estudio en el año 1943 se vincula a nuevas modificaciones institucionales. Como consecuencia de la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, luego del Golpe de Estado de aquel año, se procede a cambiar el nombre del establecimiento por “Colonia-Hospital Psiquiátrico”⁴ (Agüeros y Eraso, 1999). Ese año se retiró la totalidad del equipo de profesionales que trabajaban allí (Maldonado, Pedraza y Naidés, 2002) al igual que ocurrió en el *Open Door* de Buenos Aires (Dovio, 1999). A partir de ese momento, se cristalizan dinámicas singulares en la psiquiatría argentina que merecen ser conceptualizadas como una nueva etapa asociada al advenimiento del peronismo y las transformaciones que se realizaron en la política asistencial psiquiátrica⁵ y en el ámbito universitario, caracterizadas por la promoción estatal de la ciencia y la consolidación de profesiones, entre ellas, la psicología (Falcone, 2017).

Esta tesis parte de reconocer el valor historiográfico de poner en perspectiva de estudio a instituciones manicomiales en una época anterior a la década de 1940. Durante ese periodo se produjo la construcción del campo psiquiátrico argentino que se consolidó

³ Esto queda establecido según decreto del Poder Ejecutivo de la Nación el 14 de julio de 1932, según Expte. N°737.10.

⁴ Queda establecido bajo Decreto N.º 12.311/1943. Boletín Oficial de La Nación del 10 de noviembre de 1943, pág. 2.

⁵ Falcone (2013, 2017) destaca al respecto las políticas nacionales en materia de salud pública diseñadas por Ramón Carrillo durante la década del 40 y principios de los 50, que ampliaron ámbitos de acción de la especialidad en servicios abiertos y hospitales generales. Además, como señala Gomes Morgado (2013), en el año 1944 fueron confiscados los bienes de la sociedad de beneficencia y se creó la Dirección Nacional de Asistencia Social y Salud Pública en la órbita del Ministerio del Interior, en sintonía con las novedades de la nueva etapa dentro del campo disciplinar.

a partir de la apertura de este tipo de establecimientos destinados al tratamiento de enfermos mentales (Ablard, 2008). De hecho, como refiere el autor, a partir de allí, la especialidad fue abriéndose paso hacia otros espacios disciplinares que incluyeron el ámbito académico y político. En correspondencia a lo mencionado, el presente trabajo se estructura en torno a dos grandes ejes. En primer lugar, se identifican las dinámicas involucradas en la construcción y consolidación del dispositivo psiquiátrico argentino. Dentro de ese proceso, se remite a la creación del Asilo Colonia de Oliva y se describen las condiciones que fueron definiendo su modalidad de funcionamiento. En segundo lugar, se identifican las réplicas que desarrollaron los alienistas que trabajaron en Oliva frente al recrudecimiento de las tensiones institucionales y disciplinares que atravesaban durante la década del 30, junto con sus posibilidades de concreción.

Respecto al primer eje, más dependiente de aportes bibliográficos, se presenta a partir de la elaboración de los dos capítulos iniciales dirigidos a explicar la historia de actores y dinámicas, que derivaron en la creación del Asilo de Oliva. Se explica la apertura del establecimiento como un proceso que remitió a rasgos y etapas de conformación del dispositivo psiquiátrico argentino hasta la década del 1930.

En el capítulo 1, titulado “El dispositivo asistencial psiquiátrico: desde los desarrollos europeos al desfasaje del caso argentino”, se abordan sus dinámicas de conformación desde fines del siglo XIX mostrando cómo las especificidades sociopolíticas nacionales permiten entender los rasgos locales y el desfasaje argentino en relación con el modelo europeo dominante durante los años en estudio. En este sentido, se le otorga un lugar especial a la reconstrucción de procesos vinculados al surgimiento de la psiquiatría como una nueva especialidad de la medicina, ya que se describen cómo el alienismo europeo y, especialmente, las propuestas de Philippe Pinel sentaron las bases del primer modelo médico y científico para abordar el problema de la locura. Luego de este punto de partida, el capítulo se introduce en el caso argentino poniendo en consideración el modo en que algunas dinámicas de la psiquiatría europea se reprodujeron a nivel nacional con características propias (Quérel y Postel, 2000).

En el capítulo 2, “El Asilo Colonia de Oliva como espacio de locura en Córdoba”, el interés se centra en caracterizar el dispositivo psiquiátrico desarrollado en el establecimiento desde su creación en 1914 dando cuenta de la crisis que atravesó la institución a lo largo de toda su historia y, de manera particular, a partir de 1930. Para

ello, se retoman los proyectos institucionales de Domingo Cabred de principios del siglo XX, considerados como una segunda etapa en la construcción del dispositivo psiquiátrico argentino, cuya característica distintiva fue la expansión del sistema de asistencia de enfermos mentales hacia el interior del país. Las investigaciones realizadas por Ferrari (2012, 2016) constituyen aportes significativos para el desarrollo de esta sección, ya que señalan aspectos específicos de la psiquiatría argentina y las particulares relaciones gestadas entre los profesionales de Buenos Aires y el interior del país, y se abordan matices regionales de la ciudad de Córdoba. Luego de reconstruir las características que definieron al *Open Door* de Oliva desde el momento de su apertura, se retoman indagaciones previas referidas al contexto de crisis institucional que definió la historia del establecimiento. En ese desarrollo, se articula un análisis hermenéutico de fuentes primarias, que permite profundizar en la realidad devenida durante la etapa de mayor agudización de tensiones, especialmente las vinculadas con los procesos disciplinares propios de esos años. Finalmente, este capítulo se introduce en identificar las respuestas instrumentadas por los psiquiatras que trabajaban en la institución. Esos entramados se presentan como respuestas de afrontamiento que el equipo de profesionales llevó adelante con el fin de legitimar su rol y el modelo asistencial alienista frente a los nuevos postulados de LAHM.

El segundo eje de esta tesis, definido por los capítulos 3, 4 y 5, pretende ofrecer una contribución más original. En estas secciones, se abordan procesos que remiten a las respuestas de los alienistas frente a un panorama que interpela las condiciones que constreñían el funcionamiento de Oliva (especialmente la falta de recursos económicos y humanos, el creciente hacinamiento y las críticas que venían poniendo en tensión la legitimidad del rol alienista). Como se verá, la historia de esos años también es la historia de nuevos postulados que fueron adquiriendo centralidad en la psiquiatría argentina y también frente a un Estado nacional, del que dependía presupuestariamente el Asilo de Oliva. No obstante, a pesar de haber sido desoídos recurrentemente los pedidos y reclamos del director Vida Abal, el Estado no puede ser pensado como un constructo monolítico y externo a los propios alienistas. De acuerdo con ello, se propone un estudio de caso que procura recuperar la complejidad de la presencia estatal pensando en el Estado “desde dentro” (Bohoslavsky, 2014), lo cual permite focalizar el análisis en la conjunción entre actores, saberes e intervenciones terapéuticas.

En esa dirección, el capítulo 3, como señala su título “Desarrollo disciplinar y legitimidad profesional en los años 30”, se concentra en abordar la agenda desarrollada por los alienistas de Oliva. Se ingresa en las discusiones teóricas y dinámicas de reconceptualización de los modelos teóricos que sostenían los profesionales para abordar y construir la cronicidad, como realidad y problemática a la que debían dar respuesta en el contexto de modernización de la psiquiatría y de crisis del proyecto alienista. En efecto, los postulados de la LAHM, que atribuían una notable importancia a la asistencia psiquiátrica en materia de profilaxis mental en espacios extra-asilares, planteaban toda una problemática para los médicos del Asilo que trabajaban (y vivían) en el establecimiento con escasos recursos. Según se considera, el cuerpo médico del Asilo Colonia de Oliva no abandonó los principios teóricos del modelo alienista, pero buscó incorporar dinámicas que los vincularan a los postulados de la LAHM. Los modelos etiopatogénicos y diagnósticos trabajados por los psiquiatras del establecimiento durante los años 30 evidenciaron la porosidad a algunas concepciones que asumían la injerencia de factores socioculturales en la génesis de los trastornos mentales. Como complemento, en el capítulo 4, “La faz terapéutica en el asilo: torsiones prácticas y conceptuales”, se plantea analizar las construcciones de los psiquiatras del Asilo Colonia de Oliva en materia de laborterapia complejizando las lecturas historiográficas que han predominando sobre dicha terapéutica en el espacio asilar. Se indagan y analizan las modificaciones en las dinámicas de conceptualización y aplicación de la técnica entre 1930 y 1942, lo cual también reveló procesos de discusión y reconceptualización de saberes en circulación.

Finalmente, el capítulo 5, denominado “Tensiones en el ‘saber ver’ y el ‘saber hacer’ profesional”, busca ingresar en la trama íntima del funcionamiento asilar tensionando el dispositivo psiquiátrico para interrogar las prácticas efectivamente articuladas. Para este estudio, se colocan en perspectiva experiencias concretas a partir de una selección de historias clínicas (en adelante, HC) de personas internadas en Oliva. Se presenta, especialmente, el caso clínico de una paciente que vivió y murió en la institución luego de 38 años de internamiento. Esta historia de vida facilita reconstruir un registro de cronificación, que revela un conjunto de brechas características del funcionamiento, crisis y ocaso del primer *Open Door* del interior de la Argentina.

Objetivo general

Analizar la conformación del dispositivo psiquiátrico en el Asilo de Oliva, reconstruyendo las relaciones entre instituciones, saberes y las prácticas que fueron definiendo el modo de funcionamiento institucional en el contexto de crisis devenido entre 1930 y 1943.

Objetivos específicos

- Identificar las etapas y dinámicas que definieron la historia del dispositivo psiquiátrico argentino, analizando su emergencia como resultante de la confluencia entre rasgos sociopolíticos nacionales y su desfasaje en relación al modelo europeo dominante.
- Caracterizar el dispositivo psiquiátrico conformado en el Asilo Colonia de Oliva desde su creación en 1914, identificando sus cambios y permanencias a partir de la crisis institucional y disciplinar devenida a partir de 1930.
- Abordar la agenda que los alienistas de Oliva sostuvieron durante la década de 1930 en materia de discusión teórica y de reajustes de *modelos conceptuales* etiopatogénicos y diagnósticos para abordar la *cronicidad*, problematizando estos procesos a partir del contexto de propuestas de modernización de la psiquiatría sostenidos por la LAHM.
- Estudiar las conceptualizaciones que los psiquiatras del Asilo Colonia de Oliva construyeron sobre la laborterapia, recuperando las dinámicas devenidas alrededor de esta terapéutica desde la apertura de la institución para indagar a partir de la década de 1930 la injerencia de factores disciplinares en la construcción del discurso científico sobre la laborterapia, bajo los lineamientos de profilaxis e higiene mental.
- Analizar las distancias entre “lo dicho” y “lo hecho”, considerando las relaciones entre la organización institucional, el saber especializado y las prácticas profesionales efectivamente articuladas, focalizando en un conjunto dinámicas y matrices propias “del saber ver” y “del saber hacer” de los alienistas, puestas en perspectiva a partir de una selección de historias clínicas de personas internadas en este *Open Door* durante el periodo en estudio.

METODOLOGÍA

I. Fundamentación metodológica

En función de los desarrollos presentados en la sección anterior de este trabajo, el abordaje que se realizó sobre el dispositivo psiquiátrico articulado en el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva entre 1930-1943, se inscribe dentro del campo de la historia social de la psiquiatría (Dörner, 1974; Sacristán, 2005) construida “desde abajo” (Huertas 2001 a, 2012).

Desde los primeros años del siglo XXI, se viene insistiendo en la necesidad de desarrollar investigaciones que, desde la historia social, analicen instituciones psiquiátricas entendidas como estudio de casos, para rescatar aspectos disciplinares específicos (Sacristán, 2005). También se ha señalado la importancia de atender a fuentes históricas poco utilizadas hasta el momento, que permiten identificar el alcance real de las prácticas psiquiátricas y el funcionamiento concreto de los manicomios, en vinculación al contexto sociopolítico, cultural y profesional en el que se enmarcaron (Huertas, 2001 a). El valor de estas propuestas reside en la recuperación de matices regionales que a menudo han sido soslayados por la historiografía tradicional, que focalizada en el análisis de las características generales del sistema de atención psiquiátrica, ha tendido a extender sus generalizaciones como propias de “lo nacional” (Huertas, 2001 a; Sacristán, 2005; Ferrari, 2016).

Las consideraciones realizadas por Huertas (2001 a, 2012) señalaron que la historia social de la psiquiatría ha tenido un papel fundamental en la revisión y crítica de los modelos y prácticas asistenciales desarrolladas por la especialidad, pero, su desafío actual consiste en complejizar tales abordajes e interrogar el alcance real de las prácticas desarrolladas por la psiquiatría y sus profesionales. En este sentido el autor insiste en la importancia de los estudios que indagan las distancias entre “lo dicho” y “lo hecho” por los especialistas, enfoque que denomina historia social de la psiquiatría construida “desde abajo” (Huertas, 2001 a). Este tipo de análisis histórico, según las afirmaciones del autor, indaga distintas fuentes documentales (como historiales clínicos, libros de registro de

pacientes, correspondencias personales, etc.) con el fin de caracterizar las prácticas psiquiátricas desarrolladas en los manicomios, y poner de manifiesto los desplazamientos que existieron entre los discursos médicos y las prácticas profesionales efectivamente desarrolladas.

La aproximación metodológica realizada en la presente tesis se correspondió con la historia social de la psiquiatría construida “desde abajo”. Los objetivos de investigación propuestos y la selección del corpus documental respondieron al propósito de poner en perspectiva de estudio las ideas que circulaban entre las elites disciplinares del momento (principalmente los alienistas de Oliva, y los psiquiatras que representaban a la LAHM), difundidas en escritos especializados (publicados en documentos institucionales y el Boletín del Asilo de Oliva). Para su análisis se consideraron las distintas aristas del contexto más amplio en las que se producían (condiciones sociales y político-económicas de la década de 1930). El acceso a los documentos de HC de pacientes, permitió investigar el nivel de correspondencia entre los discursos profesionales y su nivel de concreción en las prácticas institucionales desarrolladas. En este sentido como sostiene Sacristán (2005), las fuentes documentales fueron consideradas “matrices heurísticas” que alojaron hechos, y además, “mensajes de significados descifrables a partir de la sociedad y la cultura que los produjo” (p.24).

II. Estrategia metodológica

El trabajo se desarrolló desde un enfoque predominantemente cualitativo con un diseño de investigación flexible y emergente que guió el proceso de recolección y análisis de datos. Denzin y Lincoln (2012) definen este tipo de diseño por su carácter abierto y por la redefiniciones que se van operando sobre las categorías analíticas predefinidas inicialmente en función de los acontecimientos que “emergen” durante la investigación. En este sentido, se partió de una conjetura inicial a partir de la cual se realizaron las lecturas primarias de las fuentes documentales y se preestablecieron las categorías analíticas. Las sucesivas aproximaciones al corpus documental y su articulación con bibliografía específica, fueron orientando las decisiones tomadas sobre la delimitación del objeto de estudio y el ajuste progresivo de las categorías de análisis iniciales.

Para seleccionar evidencia sobre las características del dispositivo psiquiátrico articulado en el Asilo Colonia de Alienados de Oliva entre 1930-1943, se dispuso desde un primer momento, el trabajo en el Archivo de la institución (conocida actualmente como Hospital Emilio Vidal Abal). Las dificultades de acceso a los documentos, así como

el estado de abandono y deterioro de los mismos, determinaron la primera valoración sobre el nivel de disponibilidad de las fuentes históricas.

En primera instancia el corpus documental (Narvaja de Arnoux, 2006) se constituyó por las publicaciones científicas que conformaban el Boletín del Asilo de Oliva, cuyo primer número se realizó en el mes de septiembre del año 1933 y su última publicación en abril de 1942.

Posteriormente, la indagación de las brechas entre “lo dicho” y “lo hecho” por los psiquiatras del establecimiento marcó la necesidad de recurrir a fuentes documentales que han sido escasamente utilizadas hasta el momento en la historia de la psiquiatría (Sacristán, 2017). Las HC, los libros de registro institucionales, los diarios personales de enfermos y la correspondencia entre pacientes y sus familiares, entre otros materiales, contienen datos sobre el nivel profundo del funcionamiento interno de las instituciones manicomiales, el grado de cumplimiento de las normativas y la aplicación de criterios terapéuticos (Sacristán, 2005). En este caso, pudo accederse a los historiales clínicos de pacientes internados en el Asilo de Oliva alojados en el Archivo actual de la institución.

Luego de realizar la revisión y selección de los materiales disponibles, el *corpus* documental final quedó conformado por los 41 números publicados del Boletín del Asilo Colonia de Oliva y 14 HC de pacientes internados en la institución durante el período de estudio.

En el capítulo 1 del presente trabajo se realizó a una revisión de la literatura existente sobre la historia de la psiquiatría europea y argentina del siglo XIX y primeras tres décadas del siglo XX. En el siguiente capítulo se reconstruyó el momento de creación del Asilo Colonia de Oliva y su devenir institucional hasta 1943, en vinculación al contexto disciplinar y su anclaje socio-histórico del momento. Para ello se analizaron los datos ofrecidos por las Memorias Administrativas Anuales del establecimiento y los artículos científicos divulgados por los psiquiatras que trabajaron en la institución en el Boletín del Asilo Colonia de Oliva. Los capítulos 3 y 4, se centraron en el análisis del discurso especializado de los profesionales relativo a concepciones etiológicas, diagnósticas y terapéuticas. Su abordaje recuperó información proveniente de los escritos científicos del Boletín institucional. Finalmente, en el capítulo 5 se identificaron los desplazamientos entre el discurso profesional y las prácticas profesionales efectivamente desarrolladas. La utilización de las HC como fuentes de información fue el eje de abordaje de esa sección.

El análisis de las HC como matrices heurísticas ofrece posibilidades de análisis pero también limitaciones debido a su naturaleza y función dentro de la práctica médica

(Huertas, 2001 b). Se reconoce como obstáculo el estado de dispersión y descuido en que se hallaban los archivos específicos, como también la disminución de escritos médicos en lo historiales desde mediados de la década de 1920 hasta los primeros años del decenio de 1940. Estos aspectos señalaron la necesidad de estructurar el capítulo 5 a partir del desarrollo de un caso clínico en particular, la experiencia de internamiento de Adela, que se reconstruyó a partir de los documentos y escritos de su HC. Se complementó la lectura del caso con registros médicos de otros historiales, correspondientes, por un lado a familiares de la enferma que también transitaron por la institución y, por otro, a pacientes con diversas trayectorias en el establecimiento que, desde la heterogeneidad de sus experiencias permitieron profundizar en distintas particularidades institucionales.

La elección del caso de Adela se fundamentó en las posibilidades que ofrecía en base a la información contenida y el estado del documento. Las HC correspondientes al período de estudio, se caracterizan por el deterioro, la ausencia de registros o falta de hojas. La HC de la paciente, contenía información representativa y se encontraba completa. Además, su caso formó parte de una publicación del Boletín del Asilo de Oliva en el año 1935 que analizó la temática de la herencia junto a 80 casos más de padres e hijos alienados (Barrancos, 1935 a). De este conjunto se consideró la disponibilidad de los documentos y el pertenecer al período de estudio, lo cual también convirtió la experiencia de la paciente en un objeto de análisis de relevancia. Así mismo, su madre y padre fueron internados y fallecieron dentro de la institución en momentos diferentes y con modalidades de ingreso distintas que permitieron ilustrar de manera más amplia el panorama institucional en diversos escenarios temporales.

Los fragmentos y referencias de otras HC ajenas al núcleo familiar de Adela, se escogieron con el fin de indagar panoramas sociales y familiares heterogéneos de los internos y su vinculación a las prácticas desarrolladas. Su consideración permitió completar el vacío de anotaciones médicas con circunstancias vitales diferentes al caso de estudio para entender la generalidad de las intervenciones.

III. Técnicas de investigación y plan de análisis de datos

La estrategia global de la investigación combinó elementos del análisis de contenido cualitativo (Andréu Abela, 2001), análisis del discurso de materiales de archivo (Narvaja de Arnoux, 2006) y análisis de caso (Valles, 1999). También se realizaron análisis estadísticos en las oportunidades en que se requería mayor especificidad sobre la caracterización de la institución a nivel de su población.

El análisis de contenido cualitativo, es señalado por Andréu Abela (2001) como una técnica que profundiza “más allá de los aspectos manifiestos de los documentos, a través de la consideración del contenido del contexto en el que se inscribe un determinado texto” (p.22). De la clasificación realizada por el autor el presente trabajo recupera el análisis de contenido temático, el análisis de contenido semántico y el análisis de redes de contenido.

El análisis temático orientó las primeras lecturas de las fuentes documentales, y a partir de esta estrategia se identificaron los términos de uso más frecuente en las publicaciones especializadas que realizaban los psiquiatras de Oliva. Dentro de ellos se destacaron: “cronicidad”, “incurabilidad”, “laborterapia”, “causas”, “contexto institucional crítico”. El análisis semántico de contenido, fue utilizado para precisar las categorías de análisis iniciales y las relaciones entre los temas divulgados en la revista científica institucional. La noción de “cronicidad”, se ligaba de manera estrecha a las temáticas de “diagnóstico y etiología de la enfermedad mental”, como así también a las razones de “aplicación de la laborterapia”. Este último tema, por su parte, presentaba vínculos estrechos con el fenómeno denominado por los alienistas locales como “panorama institucional crítico”. Dichos tópicos recorrieron transversal y longitudinalmente los materiales divulgados por los especialistas evidenciando una articulación en forma de red con elaboraciones discursivas que nombraban “vacíos o inquietudes disciplinares”, y preocupaciones por la “profilaxis mental”, la “Liga Argentina de Higiene Mental”, los “Servicios abiertos”, la “prevención de las enfermedades mentales”. De este modo, se identificó en los documentos “una red ideológicamente significativa que impregnaba el discurso (...) identificada sobre la base de la reiteración [dando] como resultado un esquema organizado de sentido de este discurso en red” (Andréu Abela, 2001, p.22). La “organización en red” proporcionada por el corpus documental se fue articulando con bibliografía especializada.

Habitualmente se señala como una limitación importante del análisis de contenido el énfasis que otorga a “aquello que aparece en el texto de modo manifiesto”, que suele soslayar los intereses, motivos y objetivos de su contexto de producción (Narvaja de Arnoux, 2006). Para superar la limitación mencionada, en línea a lo propuesto por la historia social de la psiquiatría construida “desde abajo” (Huertas, 2001 a; Sacristán, 2005) se recuperaron las HC de pacientes internados en la institución que contenían correspondencia y documentos de los enfermos y también escritos médicos. Estos últimos fueron realizados por los mismos psiquiatras que publicaban en el Boletín del Asilo de Oliva. No obstante ambas producciones eran realizadas en contextos y para destinatarios

diferentes, y también respondían a distintos objetivos. En este sentido, fue importante vincular ambos niveles de registros, incorporando los aportes de Narvaja de Arnoux (2006), sobre el análisis intra e inter discursivo de materiales de archivo. La propuesta de la autora ofreció una alternativa para superar las debilidades propias de las fuentes analíticas provenientes de un mismo contexto y autor. A través del análisis crítico de discurso se indagaron las fuentes y los documentos a fin de precisar los términos en que se formularon los escritos, su estructura, sus objetivos, su procedencia conceptual, su autoría y su pertenencia institucional

El análisis intra-discursivo predominó en los capítulos 2, 3 y 4. Se aplicó a los artículos científicos, memorias institucionales y registro de las reuniones de la Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva, divulgados en el Boletín. Narvaja de Arnoux (2006), señala que este tipo de abordaje permite identificar aquellos discursos que inician una tradición o definen una matriz generadora de una serie. Esto último, agrega la autora, abre la posibilidad de comparar distintas instituciones o, también, la misma institución en diferentes momentos, y establecer secuencias genealógicas.

La dimensión inter-discursiva, supone la comparación de conjuntos estructurados de formaciones discursivas junto a la indagación de las articulaciones entre los distintos formatos producidos en un momento determinado y la posición de las personas que queda delimitada en ellos (Narvaja de Arnoux, 2006). Este tipo de análisis se realizó predominantemente en el capítulo 5 y queda circunscripto a los materiales definidos como “fichas” e “HC” que se leyeron, rescatando los desplazamientos y correspondencia que presentaban en relación a las divulgaciones científicas elaboradas por los alienistas de Oliva.

Finalmente, el análisis del dispositivo implementado en el Asilo de Oliva, fue tomado como un estudio de caso (Valles, 1999) al igual que el abordaje que se realizó en el último capítulo del trabajo, respecto a la experiencia de internamiento de Adela.

IV. Resguardos éticos

La presente investigación es de carácter histórico y trabaja con material de personas fallecidas en el siglo pasado. Los datos obtenidos de documentos personales se han manejado resguardando los aspectos éticos correspondientes. En conformidad a la ley 25326 sobre Protección de datos personales, se accedió al material asumiendo la responsabilidad de respetar la confidencialidad de la identidad de las personas mencionadas en las HC. Los nombres y todo otro dato filiatorios que podría llevar a su identificación son ficticios.

CAPITULO 1

El dispositivo asistencial psiquiátrico: desde los desarrollos europeos al desfase del caso argentino

El proceso histórico por el cual las problemáticas de la salud y su cuidado pasaron a constituir un asunto público puede rastrearse desde los tiempos de la Antigüedad, reconociéndose un momento fundamental en el proceso de construcción de los Estados Nación europeos. Claro que, el surgimiento de la psiquiatría como una nueva especialidad requirió de la delimitación de un campo disciplinar específico y la apropiación de la locura como un objeto de indagación científica e intervención terapéutica. La disciplina fue conocida primero como “alienismo” y posteriormente como “psiquiatría” (Renneville, 2004). La figura de Philippe Pinel ocupó un lugar destacado en este proceso, ya que su propuesta teórico-práctica constituyó el primer modelo médico y científico para medicalizar la locura, reescrita como alienación mental (Teixeira, 2012, 2019).

Según se repasará en el presente capítulo, el paradigma alienista involucró la articulación de distintos elementos en un escenario particular. A saber: un cuerpo de profesionales y de destinatarios, los alienistas y los alienados; un código teórico, los modelos etiopatológicos y nosológicos; y una tecnología de intervención, el tratamiento moral en el asilo (Renneville, 2004). Esta trama de componentes adoptó distintas configuraciones a lo largo del tiempo que respondieron a los cánones de científicidad sostenidos en el campo más amplio de la medicina (Lantéri-Laura, 2000). No obstante, el análisis se detendrá en mostrar que, en el promediar el siglo XIX, el modelo del alienismo europeo comenzó a debilitarse cuando sus abordajes se mostraron inconsistentes con el enfoque positivista y experimental asumido por ciencia médica del momento.

A partir de estos desarrollos, el capítulo abordará cómo ciertas dinámicas definitorias del nacimiento de la psiquiatría europea se reprodujeron en Argentina, aunque con un desfase temporal clave (Quérel y Postel, 2000). Para dar cuenta de la conformación del dispositivo psiquiátrico nacional y sus características se reconocerán, en primer lugar, los aportes de Lucio Meléndez en la construcción de la primera matriz disciplinar de la especialidad. Posteriormente, se desarrollarán los proyectos de Domingo Cabred, en cuanto a su promoción de instituciones psiquiátricas con modalidad *Open Door* para el tratamiento de la locura en distintos territorios del país (Stagnaro, 2005; Ferrari, 2016). En ese marco se describirá cómo durante esta etapa se buscó solucionar las dificultades que venía afrontando la disciplina frente a un panorama de falta de recursos, ausencia de médicos especialistas, insuficiencia de espacio físico, hacinamiento y sobrepoblación. Estas particularidades nacionales intensificaron las limitaciones ya presentes en los modelos extranjeros y se hicieron más notorias durante las primeras décadas del siglo XX (Vezzetti, 1985).

Al abordar la etapa que se identifica con la segunda mitad de la década de 1920, se pondrán en perspectiva procesos disciplinares que tuvieron gran impacto en la especialidad y que cristalizaron en la creación de la LAHM y los movimientos de profilaxis mental. Aunque los estudios históricos sobre la psiquiatría argentina mirada desde las instituciones manicomiales en ese periodo histórico son más bien escasos (Ferrari, 2016), algunos elementos permitirán situar estos procesos como un tercer momento de la especialidad, que se correspondió con una fractura del campo disciplinar (Allevi, 2017) y el debilitamiento del modelo alienista (Stagnaro, 2005, 2006). Este contexto explica la emergencia de innovaciones o respuestas provistas por la psiquiatría nacional que representaron alternativas para escapar a las antiguas y nuevas contradicciones que atravesaba el alienismo en sus búsquedas de sostenerse como campo científico legítimo de asistencia.

1.1. El alienismo como hito fundacional: Europa siglos XVIII y XIX

El acto fundacional de la psiquiatría reconoce al médico francés Philippe Pinel como protagonista de la “liberación de los locos de sus cadenas” y del “nacimiento de la clínica psiquiátrica”⁶. Este acontecimiento respondió a un proceso complejo desarrollado en

⁶ Esta última expresión es utilizada por Foucault (Stagnaro, 2015).

diversos lugares de Europa, que propició una nueva forma de entender la locura y de actuar sobre el loco (Stagnaro, 2015). En términos generales, la historiografía especializada señala al movimiento alienista como representativo del surgimiento y consolidación de la psiquiatría en cuanto disciplina científica. También reconoce que el alienismo posee un trazado histórico breve, a saber: experimentó su “edad de oro” durante el siglo XIX (Castel, 1980), pero empezó convivir con diversas orientaciones disciplinares a comienzo del siglo XX que condujeron a que sea reemplazado definitivamente en el vocabulario médico por el término "psiquiatría" (Renneville, 2004).

En un primer momento, el naciente alienismo buscó apartar la locura del terreno de las especulaciones metafísicas y religiosas. En consecuencia, se presentó como una alternativa más moderna, humanitaria y científica ofrecida a las personas con alienación mental, en comparación con la atención de matriz religiosa brindada por varias cofradías y hospitales de caridad. Como han mostrado López Muñoz y Pérez Fernández (2015) la locura había estado sujeta a distintos tipos de explicaciones demonológicas y supersticiosas que impidieron por mucho tiempo la búsqueda de disquisiciones y tratamientos racionales. Ahora bien, no se debe soslayar que, aunque a lo largo del siglo XIX, los dementes comenzaron a recibir un trato más humanitario, estas mejoras con respecto a periodos anteriores, se limitaban casi exclusivamente a la manutención y el alojamiento, ya que la terapéutica había avanzado muy poco y los centros de asistencia seguían anclados en el viejo ideario de la caridad y la custodia (Pérez Fernández y Peñaranda Ortega, 2017).

En este marco, Philippe Pinel, con sus experiencias en los Asilos de Bicêtre y Salpêtrière⁷, y la publicación del Tratado Médico Filosófico sobre la Alienación Mental (1801), personificó el modelo intelectual-científico en el campo del alienismo (Teixeira, 2012). Aunque la figura de Pinel recorre la mayoría de los relatos históricos, diversos estudios reconocen que la atribución exclusiva de ese fenómeno a un personaje particular adquiere visos de exceso⁸ (Quétel y Postel, 2000).

⁷ Ambas instituciones fueron hospitales-asilos destinados a la atención de personas indigentes diagnosticadas de alienación mental. En Bicêtre se alojaba a los hombres y el asilo de Salpêtrière, se destinó a la asistencia de mujeres (Du Camp, 1870).

⁸ Se ha señalado que uno de los motivos por el que Pinel ha ocupado durante mucho tiempo un lugar en la memoria colectiva de la psiquiatría francesa como "padre fundador" que liberó a los locos de sus cadenas, se debe en gran medida al lugar central que ocupaba Francia dentro de la cultura europea en los años de la revolución francesa (Stagnaro, 2015).

En efecto, el clima de reforma social europeo del siglo XIX movilizó a médicos de diversos lugares del viejo continente en función de renovadas conceptualizaciones, discursos e intervenciones sobre la locura, cuyos aportes coincidían en denunciar la situación de abandono y maltrato que experimentaban los enfermos mentales. De acuerdo con Stagnaro (2015), en ese contexto, se proponía una modalidad de asistencia más humanizada ligada a principios propios del movimiento filantrópico. Otros análisis también incluyen referencias a los aportes de otras figuras de la medicina como: J. Ch. Reil y J.C. Heinroth, en Berlín; V. Chiaruggi, en Florencia; J. Daquin, en Chambéry, y W. Battie, en Inglaterra (Castel, 1980; Ablard, 2008; Stagnaro, 2015).

La importancia histórica otorgada a la obra de Pinel se asoció a su tarea de descripción de los síntomas y signos de la locura y, su aporte, a sintetizar y ordenar los presupuestos de un nuevo modelo para concebir la patología mental y su tratamiento (Stagnaro, 2015). Los alienados hasta ese momento eran vistos como personas insensatas. Los postulados etiológicos de Pinel atribuyeron la insensatez a las alteraciones de las pasiones del alma (Pinel, 2012 [1809]; Gauchet, 1997). De este modo, el loco no sería más conceptualizado como un tonto cuya razón se perdía irremediable y definitivamente, sino que existiría en él siempre un resto de razón, lo cual posibilitaría establecer un diálogo. El enfermo, por lo tanto, debía ser rescatado y protegido por la sociedad, al mismo tiempo que la sociedad debía ser capaz de protegerse de sus acciones (Swain y Gauchet, 1994; Gauchet, 1997).

La obra pineliana se ubicó en la encrucijada exacta entre la medicina observacional del siglo XVIII y la clínica anatomopatológica característica del siglo XIX. No obstante, sus postulados se ordenaron particularmente con la medicina observacional y en consecuencia su nosografía se estructuró de acuerdo a los síntomas, y no a las lesiones orgánicas, soslayadas en su explicación etiológica de la locura. El énfasis inicial del modelo desarrollado por Pinel, puesto en las causas morales de la alienación mental se contrapuso al positivismo médico, basado en el método experimental y la comprobación del origen hereditario y los sustratos anatomopatológicos de las enfermedades. Estas diferencias condujeron a la elaboración de nuevos desarrollos disciplinares que buscaron alejar a la psiquiatría (entendida en ese momento como alienismo) de los saberes especulativos y filosóficos. Se pretendía, a través de la adopción de criterios organicistas, perfilarse y sostenerse como campo legítimo de la medicina (Swain y Gauchet, 1994).

La renuncia inicial del movimiento alienista al enfoque anatomopatológico como modelo explicativo de la alienación mental, puede entenderse en virtud de las posibilidades de mejoría y curación que proponía la teoría de Pinel (Huertas, 2011). Esta postura se contraponía con la creencia en la incurabilidad de la locura, que se desprendía de la asunción de una alteración somática específica localizable e irreversible, como factor etiológico de la patología (Stagnaro, 2015).

La alienación mental considerada como un desorden pasional implicaba la necesidad de encontrar en el enfermo el resto de razón y orden conservado (Gauchet, 1997). En esta dirección, Pinel defendió la alternativa de un tratamiento moral: intervención terapéutica no violenta que se sostenía en un diálogo entre el médico y el paciente. Independientemente de los orígenes remotos y no biomédicos de esta técnica⁹, justificaba la segregación de los pacientes en estructuras de atención especializadas, como centros de salud y asilos, para conciliar el triple deber de rescatarlos, protegerlos y curarlos.

La conceptualización de la locura como enfermedad y objeto de intervención psiquiátrica, no habría sido suficiente para convertir al movimiento alienista en una especialidad médica legítima. Además del consenso médico que se buscaba construir, eran necesarios otros factores y procesos. Fue clave al respecto, la sanción legal de la necesidad de tratamiento de la alienación mental dentro del espacio asilar, reconocida oficialmente por el Estado francés al aprobar la Ley para su regulación, firmada por Luis Felipe en el año 1838, en el Palacio de Neuilly. Esta normativa definía los motivos, modalidades de internación y condiciones de asistencia a los alienados pobres, y al mismo tiempo otorgaba la responsabilidad de las admisiones y las altas a los médicos (Foucault, 2015 [1967]; Stagnaro, 2015). Los aparatos legales ratificaron que la locura se había convertido, en poco menos de medio siglo, en una competencia exclusiva de la medicina, lo que hizo indiscutible e imprescindible la creación de lugares de internamiento especializados.

⁹ Gauchet (1997) ha insistido en los antecedentes distantes y ajenos al campo médico del tratamiento moral, reuniendo evidencia de que la utilización de esa terapéutica era de uso frecuente ya por cuidadores “empíricos” de indigentes, alienados y delincuentes. Según repararon Pinel y Tuke convenientemente, la experiencia de estos cuidadores le habían enseñado más que los “escritos de autores antiguos y modernos ‘sobre cómo tratar con el «espectáculo de los locos»’ ” (Gauchet, 1997, p.20).

La preocupación por la atención y defensa de las personas con enfermedad mental, la denuncia de las malas condiciones en las que se las asistía, junto a la elaboración de marcos legales que regularan los derechos y las modalidades de cuidados, no fueron exclusivas de Francia. En Florencia (Italia), por ejemplo, el Duque de la Toscana Pedro Leopoldo, había promulgado la primera Ley sobre los “enfermos mentales” de Europa en 1774, reglamentando el tipo de relación que debía sostenerse entre la sociedad y las personas afectadas de alienación mental, así como las modalidades de su hospitalización. También se incorporó, con posteriores reformas, el “*Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifacio*”, inspirado por Vincenzo Chiarugi que fijaba el respeto al enfermo bajo los aspectos físico y psicológico, y la abolición de los malos tratos (Stagnaro, 2015). En Alemania, Johann Christian Reil (1808), analizó los postulados para el desarrollo de una disciplina autónoma y planteó como un propósito el respeto por los derechos de estos pacientes, denunciando los efectos del estigma y el maltrato¹⁰ (Gabarré, 2008).

El alienismo constituyó el proceso de apropiación de la locura como objeto de intervención médica y experimentó su momento de auge durante las primeras décadas del siglo XIX. El debilitamiento de su programa, se vinculó con una crisis de la clínica médica iniciada a mediados del siglo XIX, y se intensificó a partir del siglo XX, cuando su metodología de intervención terapéutica y su espacio institucional de asistencia, el tratamiento moral y el Asilo, fueron cuestionados en sus efectos y funciones (Gauchet, 1997; Renneville, 2004). En ese contexto, se requirieron de respuestas disciplinares alternativas para que la psiquiatría, hasta entonces definida como “alienismo”, fuera reconocida como una especialidad legítima y autónoma de la medicina (Renneville, 2004). El proceso de medicalización de la locura, involucró en su devenir la articulación de distintos elementos en un escenario concreto: sujetos protagonistas (los alienistas y las personas con alienación); un código teórico (los modelos etiopatológicos y nosológicos); y una metodología de intervención (el tratamiento moral en el asilo). Este entramado de componentes fue adoptando distintas configuraciones en respuesta a las dinámicas que se

¹⁰ Las normativas mencionadas fueron citadas por los propios médicos del Asilo Colonia de Oliva en el Boletín científico de la institución, con la intención de llamar a la comunidad de psiquiatras argentinos a redactar una ley similar sobre alienación mental (Cubas, 1935). Por su parte, el Dr. León S. Morra, alienista cordobés, basándose en los ejemplos europeos, particularmente la Ley francesa de 1838, propuso una normativa similar, transcurridos más de 100 años de aquella redacción original (Morra, 1915).

desarrollaban en el campo más amplio de la medicina, ya que la historia de la especialidad se caracterizó por sus frecuentes dificultades para legitimarse como un saber médico (Castel, Castel, Lovell, y De Lara, 1979). Como destaca Lellis (1990): “fue problemática su aceptación entre la naciente comunidad médica profesional, pues se percibía con suspicacia una práctica asentada en métodos tan poco replicables y que avanzaba mucho más en el plano de las clasificaciones diagnósticas que en terapéuticas efectivas para la curación” (p.6-7). Por lo tanto, la psiquiatría debía equipararse con los avances y “cánones de ciencia objetiva y terapéutica” que alcanzaban las restantes especialidades médicas (Huertas, 2012, p.177).

1.1.1. El código teórico de la psiquiatría europea

Las transformaciones en los modelos teóricos de la psiquiatría europea han sido objeto de estudios históricos que ordenaron cronológicamente los desarrollos conceptuales elaborados por la especialidad durante el siglo XIX. Los aportes de Lantéri-Laura (2000) reconstruyen las respuestas científicas de la época instrumentadas para adecuarse a los cánones sostenidos en el campo de la medicina. Para el autor, es posible identificar tres grandes periodos históricos en el desarrollo de la especialidad, que se organizan a través de tres conceptos fundamentales: el periodo de “la alienación mental” (en singular), el periodo de “las enfermedades mentales” (en plural) y por último, el periodo de “las estructuras psicopatológicas”. Si bien esta periodización ha sido objeto de críticas por parecer excesivamente esquemática, la caracterización de los distintos modelos conceptuales contextualiza ciertas lógicas dominantes en cada momento, útiles, como se verá, para analizar la historia de los modelos etiopatológicos y la clínica psiquiátrica en el caso argentino (Álvarez y Colina, 2015).

El primer periodo de la psiquiatría europea se corresponde con el paradigma de “la alienación mental”, que sostuvo la unicidad de la locura y un marcado carácter observacional¹¹. Este modelo teórico, se extendió hasta mediados del siglo XIX (1854) y

¹¹ Cabe destacar que en este primer momento de surgimiento de la disciplina, suele identificarse al movimiento alienista con la psiquiatría misma como especialidad médica. Aunque la mayor parte de las investigaciones históricas especializadas del siglo XX, utilizaron de manera indistinta ambos términos para referirse a la medicina mental encargada de la locura, los aportes historiográficos del siglo XXI, resaltan la importancia de distinguir entre ambos conceptos (Renneville, 2004). De este modo, el movimiento alienista representó el primer modelo de abordaje del fenómeno de la locura, mientras que a mediados del siglo XIX la psiquiatría se configuró como un campo más extenso de desarrollos

su referente principal fue P. Pinel (Lantéri-Laura, 2000). La locura fue entendida como una única patología mental, sin una ubicación orgánica específica, dentro de la cual podían distinguirse cuatro aspectos: la manía, la melancolía, la demencia y la idiocia (Bercherie, 1993; Lantéri-Laura, 2000). No se trataba de cuatro enfermedades distintas, sino de diferentes modalidades de expresión del proceso morboso. El modelo propuesto por Pinel, también sostuvo un único factor causal, pensado como un desorden de las pasiones. En consecuencia, propuso un único tratamiento para sus diversas manifestaciones: el tratamiento moral (Lantéri-Laura, 2000). La intervención terapéutica apuntaba al resto de razón que conservaba el alienado, y su objetivo era ocupar al paciente a través del diálogo o actividades específicas, para desviarlo de su actividad delirante, tanto como su estado lo permitiera (Pinel, 2012 [1809]). Conforme a estos lineamientos, los alienistas estructuraron un corpus teórico que procuró la búsqueda de curación, con una concepción filosófica de las pasiones, que evitaba la localización demasiado precisa de las lesiones orgánicas¹². En dicho corpus radicó la paradoja original de la psiquiatría, cuya pretensión fue perfilarse como una especialidad de la medicina moderna, en el momento en que ésta daba un giro decisivo al establecer una semiología activa¹³ y una nosografía abierta¹⁴, basada en la clasificación de comportamientos y el perfeccionamiento progresivo de los diagnósticos que admitían la existencia de diversas entidades morbosas.

La clínica médica generalista del siglo XIX sostenía como un principio disciplinar la realización del diagnóstico diferencial de las patologías, solo alcanzable mediante una evaluación del estado de los enfermos que buscaba signos físicos mediante prácticas bien determinadas: inspección, palpación, percusión, auscultación y eventualmente punción;

conceptuales sobre las enfermedades mentales. En consecuencia, el alienismo constituyó una propuesta teórica entre otras, de la especialidad.

¹² Esquirol (2012) [1823], lo afirma claramente en el primer curso clínico sobre la enfermedad mental que impartió en La Salpêtrière en 1822: "la anatomía patológica ha permanecido en silencio sobre las condiciones materiales del delirio" (p.276).

¹³ La propuesta de la medicina sobre una semiología activa, se basaba en una exploración del paciente que buscaba identificar signos patológicos diferentes entre sí, previamente inventariados y clasificados en categorías organizadas en base a la recurrencia de los comportamientos. En esto se diferenciaba de la clínica observacional propuesta por Pinel en el que la exploración del paciente consistía en la descripción del relato del enfermo sin vincularlo a su semejanza con categorías semiológicas (Lantéri-Laura, 2000).

¹⁴ La nosografía abierta se sostenía en el objetivo de diferenciar una enfermedad de otra, ya que entendía a cada una de ellas como una entidad morbosa autónoma e irreductible. El calificativo de "abierto", señalaba la modalidad del procedimiento de exploraciones que se realizaban al paciente, cuya orientación debía ser inicialmente amplia para incorporar nuevas informaciones, esperando un tiempo suficiente de estudio para asignar y cerrar el diagnóstico (Lantéri-Laura, 2000)

una especie de anatomía patológica *in vivo* (Lantéri- Laura, 2000). Huelga decir que, los rasgos esenciales de esta medicina se situaban en oposición a los postulados constitutivos del paradigma de la alienación mental. A pesar de los esfuerzos del discípulo predilecto de Pinel, J. E. Dominique Esquirol, y otros profesionales, por reajustar y perfeccionar la obra que había iniciado su maestro, la psiquiatría no pudo superar uno de los principales obstáculos del modelo conceptual inicial: la consideración unitaria de la alienación mental que no permitía elaborar una semiología clara. La construcción de un sistema de clasificación nosológica precisaba al menos la existencia de dos afecciones mentales irreductibles entre sí, para organizar un conjunto de categorías diagnósticas excluyentes para cada una de ellas (Lantéri- Laura, 2000).

La preocupación por la inclusión de la naciente psiquiatría como una rama legítima de la medicina, acentuó tanto el esfuerzo de los profesionales por la construcción de una taxonomía, como la indagación de los mecanismos subyacentes a las manifestaciones sintomatológicas, propias de los postulados de la clínica médica anatomopatológica en el siglo XIX. Así, como parte de un complejo proceso, el paradigma de la alienación mental comenzó a desdibujarse. La publicación del artículo de J.P. Falret, en los Archivos Generales de Medicina de París, titulado “*De la non-existence de la monomanie*” (1854), trazó una línea de demarcación epistemológica muy nítida al negar que la patología mental se reducía a una enfermedad única, opuesta a todas las demás enfermedades médicas. Según Falret, no existía *la* alienación mental, sino *las* enfermedades mentales: la unicidad patológica propuesta anteriormente se descompuso en cierto número de especies morbosas autónomas, específicas e irreductibles unas a otras¹⁵ (Falret, (2015) [1854]; Lantéri-Laura, 2000). El paradigma de la alienación mental fue perdiendo consistencia, cediendo su lugar a una concepción pluralista de la locura, cuyas bases respondían a la clínica anatomopatológica (Gutiérrez Avendaño, 2019).

Los aportes mencionados de Falret fueron representativos del segundo momento histórico de la psiquiatría denominado de “las enfermedades mentales” que se identifica

¹⁵ Falret fue uno de los alienistas que se opuso con mayor ahínco a la concepción unitaria de la locura. Desde sus consideraciones, era inadecuada esa concepción de la locura, y obstaculizaba el camino de la legitimación de la especialidad: “Se ha querido estudiar la locura como una enfermedad única en lugar de buscar en este grupo tan amplio (...), especies realmente diferentes, caracterizadas por un conjunto de síntomas y por una evolución determinada. Este error fundamental ha sido, a nuestros ojos, el más fatal para el avance de la ciencia; ha presidido la mayor parte de los trabajos de nuestra época y hay que tratar sobre todo de esforzarse en combatirlo si se desea imprimir a nuestra especialidad un movimiento progresivo por una vía diferente” (Falret, (2015) [1864], p.30-31).

hacia mediados del siglo XIX (Lantéri-Laura, 2000). Además de debilitarse la referencia moral que acompañaba anteriormente a la génesis de la alienación mental, este modelo teórico, se perfiló bajo los lineamientos propuestos por la clínica médica del momento, y un acercamiento a la neurología. La alienación mental se reescribió como diferentes enfermedades mentales, irreductibles entre sí, enfatizándose en el estudio de la evolución particular de cada una de ellas (Lantéri-Laura, 2000).

En un primer momento, a nivel etiológico, se asumió la relación entre las lesiones orgánicas y los trastornos mentales (Bercherie, 1993). Sin embargo, esa vía de exploración no arrojó resultados sólidos y, condujo a los aportes de Esquirol sobre el papel desempeñado por los factores genéticos como causa predisponente para enfermar (Bercherie, 1993; Desviat, 2009). La segunda mitad del siglo XIX estuvo marcada por el desarrollo de teorías alternativas en torno a las nociones de degeneración y la herencia de los trastornos mentales; no obstante, tampoco se conseguía reunir pruebas concluyentes de ello en el campo psiquiátrico (Desviat, 2009). Desde el marco de esta doctrina, adquirió mayor fuerza el carácter de transmisibilidad hereditaria de la locura (Bercherie, 1993).

La diversidad de enfermedades mentales propuesta por el modelo, otorgaba una función crucial a la tarea del diagnóstico diferencial, que requería de un proceder activo por parte del alienista en la inspección objetiva del paciente (palpación, análisis endócrinos, físicos, etc.), sin limitarse al registro discursivo subjetivo que realizaba sobre su malestar. Al no existir una afección mental única, la primera tarea del médico era descubrirla (Lantéri-Laura, 2000).

El tercer periodo histórico en la especialidad, identificado con el paradigma de las estructuras psicopatológicas puede localizarse en las primeras décadas del siglo XX, cuando la multiplicidad sostenida por el modelo conceptual de las enfermedades mentales amenazó la construcción de acuerdos disciplinares y la homogeneidad de los criterios profesionales. En primer lugar, la multiplicación y la pluralidad reinante de etiquetas diagnósticas dificultó el consenso y unicidad discursiva, consecuencia directa de la necesidad de realizar una taxonomía de las enfermedades mentales basada en el detalle de la exploración y observación clínica. En segundo lugar, fue bien reconocida la falta de fecundidad de la “localización cerebral” como elemento explicativo de la patología mental, así como el vacío conceptual sobre los factores etiológicos endógenos o elementos constitucionales de la locura. Los postulados degeneracionistas no lograban

explicar los mecanismos de funcionamiento de la herencia en materia de alienación mental (Lantéri- Laura, 2000).

Los aportes de Eugen Bleuler, sobre el grupo de las esquizofrenias (1911)¹⁶, son representativos de este tercer periodo histórico de la especialidad. Sus desarrollos intentaron dar respuesta a algunas de las dificultades mencionadas (Lantéri-Laura, 2000). La formulación de las grandes estructuras psicopatológicas, produjo una reunificación de la dispersión reinante, puesto que recuperaba una visión más unitaria de la patología, que concentraba a través del concepto de “estructura”, conjuntos de subdivisiones nosológicas que surgieron de acuerdo a los diferentes psiquiatras (Álvarez y Colina, 2015).

La prevalencia del punto de vista estructural en psiquiatría, también respondió a la necesidad de trascender la excesiva descripción característica del movimiento anterior. Los postulados psicopatológicos se volvieron predominantes, y quitaron fuerza a la práctica del diagnóstico diferencial en pos de la realización de un diagnóstico estructural (Lantéri- Laura, 2000). A partir de dicha propuesta, la evolución de los modelos conceptuales de la psiquiatría se subsume de acuerdo al peso diferencial asignado en cada estructura psicopatológica a los aspectos contextuales y subjetivos de la historia personal del paciente, así como en función de las bases predisponentes o factores etiológicos que se consideren (Lantéri-Laura, 2000).

1.1.2. Espacios y tratamientos

El cambio en la conceptualización de la locura iniciada por el movimiento alienista, involucró la humanización de la actitud hacia los insanos mentales (Stagnaro, 2015). El núcleo del paradigma pineleano se oponía a la visión del loco como un ser absolutamente irracional con quien resultaba imposible la comunicación y, por lo tanto, habilitaba la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico con él (Swain y Gauchet, 1994). Desde este modelo, la alienación mental podía ser objeto de intervención médica a través del tratamiento moral, que rescataba esa parte racional del paciente que nunca se perdía del todo (Gauchet, 1997).

Los inicios del tratamiento moral como método terapéutico pueden localizarse a finales del siglo XVIII, en respuesta a las escasas alternativas que existían para la

¹⁶ Las referencias indican como el hito simbólico más notorio la celebración, en Ginebra y en Lausana en 1926, del Congreso de Médicos Alienistas y Neurólogos de Francia y de los Países de Lengua Francesa, evento en el que el médico suizo presentó su obra.

asistencia de los alienados¹⁷ (Stucchi-Portocarrero, 2015). En conformidad con el clima cultural de reforma social europeo de ese momento y ligado a los principios de los movimientos filantrópicos, el tratamiento moral buscó reemplazar las medidas coercitivas de asistencia (Quérel y Postel, 2000; Porter, 2002). Aunque la aplicación de esta terapia es atribuida a Pinel, por los mismos años también existieron otros referentes fuera de Francia: Vincenzo Chiarugi, en Italia, y William Tuke, en Estados Unidos.¹⁸

Desde el nacimiento de la psiquiatría, el tratamiento moral, fue una de las terapéuticas más importantes para la asistencia de las personas con enfermedades mentales y ocupó un lugar importante en los diferentes periodos históricos de la especialidad. Su andamiaje conceptual y práctico fue modificándose en conformidad a los postulados sostenidos por cada modelo teórico disciplinar. En sus comienzos los elementos característicos de la técnica consistieron en la ausencia o evitación máxima de la coerción física del alienado, el énfasis sobre la importancia de la actividad constante y creativa para la salud mental (el trabajo) y la provisión de condiciones saludables e higiénicas de los hospitales (Ryan, 1981). Esta modalidad asistencial se desarrollaba a partir del aislamiento del paciente en un lugar tranquilo y organizado racionalmente, conducido por un "gobierno" con mano firme bajo la autoridad exclusiva de un líder, el médico alienista, quien a través del vínculo con el paciente, que operaba de motor de cura, podía recuperar el resto de su cordura (Foucault, 2015 [1967]; Gauchet, 1997).

A mediados del siglo XIX, comenzó a observarse un debilitamiento en la confianza terapéutica atribuida al tratamiento moral, como consecuencia de la orientación de la psiquiatría hacia un modelo organicista en la comprensión de la patología, junto a la emergencia del paradigma de las enfermedades mentales. Las concepciones psicogénicas pineleanas fueron cuestionadas por ciertos hallazgos anatómicos que avalaban una intelección somática de la enfermedad mental, que depositaba el factor etiológico en una alteración irreversible. Este pensamiento determinista reforzó la idea de incurabilidad de las patologías mentales, y condujo a lo que Dörner (1974) y Huertas

¹⁷ Como ya se ha mencionado, el trato amable y humanitario, denominado "tratamiento moral", muestra sus antecedentes en un campo ajeno a la medicina. El establecimiento de este tipo de vínculo terapéutico con las personas afectadas de locura, era implementada por los cuidadores "empíricos" de indigentes, alienados y delincuentes. Los beneficios observados de su aplicación, fueron retomados por distintos médicos (entre ellos Pinel y Tuke) que comenzaron a construir un marco conceptual para su aplicación sistemática como técnica terapéutica (Gauchet, 1997, p.20)

¹⁸ En Italia, en el Hospital de Bolifalio desde 1789 y, en Estados Unidos, en el Retiro de York desde 1796 aproximadamente (Stucchi-Portocarrero, 2015).

(1993), denominaron “nihilismo terapéutico” para referir cómo, tras la sentencia de la localización cerebral de las alteraciones mentales, las terapéuticas existentes se revelaron irrelevantes e inútiles para el tratamiento de la locura.

El pronóstico sombrío para los enfermos y las críticas a la eficacia del tratamiento moral, se fundamentaban en el exceso de alienados que residían por largos periodos (aún hasta su muerte) en los asilos psiquiátricos. Sin embargo, frente a la ausencia de nuevos recursos terapéuticos, el tratamiento moral no fue abandonado, aunque se reacondicionó la forma de aplicación, lo que, según algunos autores, lo habría transformado en una técnica más bien de carácter custodial (Foucault, 2015 [1967]; Vezzetti, 1985; Quérel y Postel, 2000).

El potencial terapéutico asignado al tratamiento moral, descansaba en el establecimiento de un diálogo más individualizado entre el médico y el paciente, lo cual se tornó más difícil de instaurar al promediar el siglo XIX por la sobrepoblación que caracterizaba a los asilos. Así, debió ser aplicado de manera colectiva y los postulados teóricos pinelianos, se utilizaron para organizar el régimen interno y gobierno de los manicomios (Quérel y Postel, 2000). Su implementación dentro de los establecimientos psiquiátricos tenía el objetivo de introducir un orden moral y régimen disciplinario de convivencia, que al ser internalizado por el alienado, -según se postulaba- subsanaría la perturbación de su voluntad y controlaría el desequilibrio de sus estados emocionales (excesiva furia o pasividad). La eficacia del tratamiento moral descansó, a partir de allí, en el principio de la ocupación o del trabajo del alienado, como medio de regulación de la excitación física e introducción del orden moral (Falret, 2015 [1854]). Una vez desplazada la importancia del diálogo individualizado por las actividades laborales del enfermo, se requirieron modificaciones en el escenario institucional en que debía aplicarse el tratamiento moral: el asilo¹⁹ (Huertas, 2012). El modo de funcionamiento de estos espacios, aún con matices y mixturas, reprodujeron los diferentes modelos

¹⁹ Distintas tradiciones historiográficas analizaron el proceso de medicalización de la locura y surgimiento de la psiquiatría y debatieron sobre las funciones desempeñadas por estas instituciones. Fueron entendidas por los aportes de Foucault (1967) como espacios de control y reclusión social. Desde otra perspectiva, en cambio, en la que se destacan los aportes de Gauchet y Swain (1980), se discuten las lecturas realizadas por Foucault y se trascienden las explicaciones del propósito de custodia y segregación alienante de estos establecimientos (sin negar la presencia de tales objetivos). Ambos enfoques históricos realizaron aportes importantes sobre las dinámicas del campo disciplinar. La diferenciación entre enfermos generales y alienados mentales y su separación en asilos específicos fue prueba de una voluntad de exclusión. No obstante, este aislamiento en instituciones monovalentes también fue una condición de posibilidad de la locura en cuanto objeto teórico (Stagnaro, 2015).

conceptuales elaborados sobre la locura (la alienación mental, las enfermedades mentales y las estructuras psicopatológicas) que se reflejaban en las prácticas médicas de clasificación de pacientes y modalidades de desarrollo de la asistencia.

En ese sentido, como han señalado algunos autores, la primera fuente de debilitamiento del movimiento alienista fue la ejecución de su programa y las alternativas disciplinares fueron concebidas por los médicos de la especialidad (Gauchet y Swain, 1980; Castel, 1980; Gauchet, 1997; Huertas, 2012; Stagnaro, 2015). Frente al engrosamiento de pacientes en los asilos para alienados y las críticas al tratamiento moral por su falta de efectividad, la elite profesional buscó transformar los primeros asilos europeos en instituciones de puertas abiertas que denominaron *Open Door*. Entre las principales novedades del sistema se encontraba la presencia médica permanente en las instituciones (los psiquiatras por lo general vivirían al interior de los establecimientos) y la extensión al máximo de las actividades laborales desarrolladas por los pacientes (Ryan, 1981). Los principios organizativos institucionales se basaban en el tratamiento en libertad, la ausencia de métodos de contención física (*non restrain*) y la aplicación del tratamiento moral de manera colectiva, que adoptó la forma de la laborterapia.

La transformación de los espacios asilares en instituciones *Open Door*, formaba parte del *aggiornamento* que el movimiento alienista europeo operó, a partir de mediados del siglo XIX, para superar las críticas y la imagen pública deteriorada de la especialidad (Castel, 1980; Huertas, 1988; Quérel y Postel, 2000). Estas propuestas disciplinares han sido leídas por Huertas (1988), como una bifurcación del campo psiquiátrico, en la cual, las tentativas se orientaron en dos direcciones. Un sector profesional, representado principalmente por los primeros alienistas, buscó sostener sus tradiciones y recomponer el espacio asilar a través de los principios del *Open Door*. En cambio, otro grupo de profesionales propuso distanciar las prácticas psiquiátricas del espacio hospitalario, motorizando los movimientos de la higiene mental (Castel, 1980; Huertas, 1988). Esta fractura interna del campo de la especialidad, en la que convivieron diversas orientaciones disciplinares, condujeron finalmente a que sea reemplazado el término “alienismo” por el de psiquiatría en el vocabulario médico (Renneville, 2004).

Así como el asilo se mantuvo como espacio para atender a los enfermos crónicos, el desarrollo de servicios abiertos promovido por el movimiento de higiene mental, permitió examinar y tratar a los enfermos agudos con mayor probabilidad de cura, ya que se encontraban en estados previos a la enfermedad propiamente dicha (Renneville, 2004).

Estas ideas principalmente ligadas a la profilaxis de la patología mental, se conjugaron con las debilidades señaladas del modelo asilar y favorecieron nuevos desarrollos conceptuales, o mejor dicho, reforzaron la reescritura de los existentes, abriendo nuevos horizontes.

El surgimiento del movimiento de la higiene mental redefinió los modelos conceptuales sobre la locura, y estableció los principios de profilaxis y salud pública como objetivos de la disciplina psiquiátrica, que pretendía superar el viejo paradigma manicomial, construido y mantenido por el movimiento alienista (Huertas, 1995).

Las ideas sobre la higiene mental alcanzaron una pronta difusión en diferentes países. Posiblemente deba asociarse el surgimiento del movimiento y la creación de las Ligas de Higiene Mental a la obra de Clifford W. Beers²⁰ (1908), en la que relató su experiencia de hospitalización en Estados Unidos, y los abusos que sufrió y presenció, reclamando un cambio en la asistencia para los enfermos mentales²¹. Su trabajo recibió el apoyo de otros profesionales, y se convirtió en un pilar para la reforma del tratamiento de la locura (Saforcada, 1932). Para el caso francés, la iniciativa del médico E. Toulouse, secundó la iniciativa norteamericana, creando en 1920, la Liga de Profilaxis Mental y en 1921 el Servicio de Profilaxis Mental, en el Asilo de Sta. Ana de París. De esta forma a ambos lados del Atlántico, se iniciaron reformas asistenciales de profundo calado institucional y científico, las que proponían ante todo, organizar la asistencia post manicomial del enfermo, propugnar la educación del pueblo sobre lo que era la enfermedad y el enfermo mental y finalmente, a partir de las primeras décadas del siglo XX, secundar y motorizar las reformas legislativas para estos cambios.

1.2. El caso argentino: algunas líneas históricas

Los desarrollos científicos e institucionales de la psiquiatría en América Latina reconocen una fuerte influencia europea y norteamericana hacia finales del siglo XIX (Golcman, 2017). Los aportes de Quérel y Postel (2000), han demostrado que el “caso

²⁰ Este médico estuvo internado varios años desde 1900 en instituciones manicomiales de Estados Unidos, como consecuencia de sus síntomas depresivos y paranoides. A partir de su experiencia, elaboró su libro *“Mind That Found Itself”* (1908).

²¹ Asimismo, también resulta preciso referir al caso de la reportera Nellie Bly, que en 1887 se hizo pasar por loca para ser ingresada en el hospital psiquiátrico neoyorquino de *Blackwell’s Island*. Sobre esta experiencia, Pérez-Fernández y Peñaranda-Ortega (2017) han mostrado cómo las repercusiones mediáticas de este caso impulsaron diversas iniciativas reformistas por parte de las administraciones estadounidenses.

latinoamericano”, más allá de sus particularidades nacionales, se caracterizó por un desfase temporal en la aplicación de los primeros modelos psiquiátricos europeos²². Aún reconociendo que Argentina tuvo la particularidad de mostrarse a la vanguardia en la especialidad con un desarrollo precoz comparado con el resto del continente, no fue una excepción del desajuste temporal en la aplicación de marcos conceptuales para el tratamiento de la locura (Quérel y Postel, 2000). Así por ejemplo, se introdujeron en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, modelos teóricos y prácticos que habían evidenciado sus falencias y entrado en crisis y desuso en Europa, a mediados del siglo XIX.

El surgimiento de la psiquiatría en Argentina reconoce su primer escenario en Buenos Aires y se vincula a la creación de instituciones manicomiales, entendidas como espacios específicos para el despliegue de la locura y la observación e intervención del alienista. Al menos desde tiempos de las reformas rivadavianas (1820- 1827), los alienados eran diferenciados discursivamente de otros tipo de enfermos y personajes sociales como los leprosos, delincuentes y mendigos, pero convivían con ellos en hospitales generales. El interés por separarlos en lugares específicos para su cuidado y asistencia, pudo concretarse luego de la caída de Rosas (1852) (Vezzetti, 1985).

Los primeros movimientos en la organización del dispositivo manicomial argentino pueden identificarse a partir de mediados del siglo XIX (Vezzetti, 1985; Ferrari, 2016). Aunque éste fue un proyecto pensado en décadas anteriores, su surgimiento y concreción requirió de ciertas condiciones sociales, políticas y científicas que hicieron visible el fenómeno de la locura. Estos factores, como condiciones de posibilidad, se ligaron también en parte, a la llegada masiva de inmigrantes que incrementaron la población en el territorio y diversificaron los hábitos de vida conforme a sus procedencias culturales (Quérel y Postel, 2000).

Durante los siglos XVII y XVIII, era tan escasa la población de los pueblos del virreinato de Río de la Plata que se tornaba superflua la creación de “casas de insensatos”. A partir del siglo XIX el auge demográfico empezó a ejercer su presión. Las autoridades estatales se preocuparon especialmente por organizar y gestionar la masa de inmigrantes

²² Algunas referencias para el caso Mexicano son los aportes de Sacristán (2005) y Ríos Molina (2009). Para el caso Brasiler, puede leerse a Almeida (2006) y Venancio y Saiol (2017); para Colombia: Gutiérrez Avendaño y Marín Monsalve (2012); y para Chile: Sievers (2012) y Correa Gómez (2017).

recibida en Buenos Aires, para construir una identidad nacional y organizar una sociedad basada en el orden y el progreso (Quétel y Postel, 2000).

En las etapas iniciales, la asistencia a los desvalidos, mendigos y enfermos estaba a cargo de organizaciones religiosas. A medida que avanzaba el siglo XIX, esta dinámica presentó algunos cambios, que cobraron más fuerza a partir de los proyectos de Bernardino Rivadavia. En 1823, se creó la Sociedad de la Beneficencia²³, designándose al Estado como encargado de la atención a los pobres, cristalizando de esta manera un sistema de salud mixto, que combinaba la atención directa en manos de aquellas sociedades apuntalada con la financiación estatal. Además de las razones sociopolíticas y disciplinares mencionadas, otros factores políticos intervinieron para que la matriz psiquiátrica surgiera con posterioridad a la caída de Rosas (1852). Durante su mandato como gobernador de Buenos Aires, las políticas sanitarias y hospitalarias quedaron abandonadas y deterioradas, se retiraron a las instituciones de beneficencia de la administración de los hospitales y se recortó de manera drástica el presupuesto asignado (Quétel y Postel, 2000).

Luego de superada la etapa rosista, se puede identificar el comienzo de la injerencia de la psiquiatría en el campo de la asistencia de los enfermos mentales. En el año 1854, gracias a la acción conjunta de un alienista y una dama vocal de la Sociedad de Beneficencia: Tomasa Vélez Sarsfield y Ventura Bosch (médico argentino presidente de la Sociedad Filantrópica) se creó el primer establecimiento para mujeres con enfermedades mentales, en Buenos Aires, denominado inicialmente como “Hospital Nacional de Alienadas”²⁴. Esta fue la primera institución manicomial del país, la que contó con tres pabellones, dos de los cuales fueron nombrados “Pinel” y “Esquirol”. A partir del año 1860 y hasta principios del siglo XX, las damas de la Sociedad de Beneficencia quedaron a cargo de las internadas, reduciéndose la presencia médica, a

²³ La Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires, tal vez la sociedad más emblemática de la Argentina, fue creada en 1823 por las gestiones de Rivadavia, quien dejó a cargo de su administración a mujeres que pertenecían a las familias de la élite bonaerense. Su acción y evolución se ha dividido en distintas etapas. Según Moreno (2000) en primera instancia se puede mencionar, su decadencia, apenas instalada, cuando el gobierno de Rosas le quitó apoyo económico; enseguida, su reinstalación luego de 1852 y el comienzo de su consolidación y crecimiento institucional hasta 1893, proceso espoleado especialmente por la necesidad estatal de resolver los problemas de carácter social que generaba la inmigración masiva. Finalmente, una tercera etapa, ubicada en el momento en que el Estado Nacional le otorgó una parte de los beneficios que aportaba la Lotería Nacional, con lo cual, se consolidó una mayor dependencia con aquel, hasta que en el año 1948 fue intervenida por el gobierno peronista.

²⁴ El hospital para enfermas mentales creado por T. Vélez Sarsfield y V. Bosch, actualmente llamado Hospital Braulio Moyano, pasó de albergar 68 pacientes a 2000 enfermas, en los primeros años del siglo XX, intensificándose la presencia médica en la institución (Vezzetti, 1985; Requiere, 2000).

breves visitas diurnas para evaluar el estado de las pacientes²⁵ (Navarraz y Jardón, 2010). Respecto a los hombres, en 1863 se inauguró una nueva institución en Buenos Aires conocido como “Hospicio San Buenaventura”, posteriormente llamado “Hospicio de las Mercedes” (1873). La creación de este nosocomio también respondió a una iniciativa del alienista Ventura Bosch. En este caso, y a diferencia de las instituciones para mujeres, la religión no mostró una impronta tan afanosa, aunque estuvo presente en el cuidado diario de los internos (Vezzetti, 1985; Falcone, 2012).

Sobre la participación de las organizaciones de cariz religioso es oportuno citar la lectura de Moreyra (2017) sobre el papel de estas asociaciones ponderando que

(...) lo social en la modernidad liberal se construyó en la intersección de lo civil y lo político, al asociarse ambos registros con el propósito de neutralizar el violento contraste que las condiciones vulnerables de vida imperante en vastos sectores de la sociedad oponían al dispositivo civilizatorio de las elites dirigentes. (p.4)

Aunque a partir de mediados del siglo XIX resultaron clave estas nuevas instituciones destinadas al tratamiento de la locura (que separaron al loco del resto de los enfermos orgánicos que residían en hospitales generales), siguiendo a Vezzetti (1985) puede afirmarse que, durante esta primera etapa, las instituciones permanecieron como espacios de exclusión social. Además, desde estos años el rasgo común y permanente de los establecimientos psiquiátricos fue la falta de presupuesto y el hacinamiento, características estructurales desde el nacimiento del asilo (Vezzetti, 1985). Consecuentemente, para 1879 se ofreció este retrato crudo de la situación de los hospicios, describiendo que los alienados

(...) vivían en una completa aglomeración, muchos de ellos sin otra cama que el desnudo y frío suelo, en calabozos húmedos, oscuros y pestíferos. Los cepos para sujetar y calmar a los furiosos y los que contenían las mismas camas eran de uso frecuente como único medio de calmar la agitación. (Meléndez y Coni, 1880, p.452)

²⁵ Cabe destacar que la presencia médica permanente en las instituciones psiquiátricas fue uno de los cambios que se observaron a partir de la implementación de la modalidad de tipo *Open Door* para el tratamiento de las enfermedades mentales. Desde ese momento los psiquiatras y sus familias convivieron con los pacientes, ya que sus viviendas particulares se ubicaban en el interior de los Asilos Colonia.

La necesidad de poner en producción aquellos territorios que habían sido arrebatados al indio desde la década de 1870, llevó a las elites a preocuparse por el ingreso de capitales y mano de obra, así como por generar una política explícita de atracción de ambos factores para el desarrollo económico. La implementación y éxito de esas políticas, dirigidas a construir el Estado e insertar al país en la economía-mundo, también forjaron una necesidad fuerte de contabilizar y controlar la fuerza de trabajo que, en muy pocos años mediante la inmigración, crecía con una fuerza extraordinaria (Cibotti, 2000).

Hacia fines del siglo XIX se desarrollaba un acelerado proceso de transformación social en Argentina, nucleado por una elite estimulada por la voluntad de progreso y la necesaria ampliación del poder del Estado al conjunto del país (Vezzetti, 1985; Quérel y Postel, 2000; Ablard, 2008; Falcone, 2012). El inusitado crecimiento poblacional de estos años, impulsado por una extraordinaria inmigración ultramarina, generó nuevas problemáticas en una sociedad argentina en pleno proceso de constitución y cambio. Las expectativas de los inmigrantes de encontrar trabajo en el país, rápidamente cedieron al enfrentarse con la realidad nacional, que obligaba a residir en los suburbios de las ciudades (Goldman, 1998). En ese marco, el aumento demográfico también fue visto por la elite como una amenaza a la identidad nacional en construcción. En esa órbita, el Estado argentino intervino especialmente a través del desarrollo de una educación moral que sirviera de obediencia política, en donde el ser “moralmente bueno” se ligó a posteriori a “ser limpio” (Di Liscia y Salto, 2004). El propósito fue la búsqueda de una transformación psicomoral de la raza argentina que tornaba urgente la reeducación de la masa inmigrante que armonizara con el ideal del trabajo y alejara los “males sociales” del vicio, la ociosidad y la rebeldía (Vezzetti, 1985).

El movimiento migratorio se reflejó en el aumento de ingresos en los hospitales para enfermos mentales de Buenos Aires. Casi la mitad de la personas que llegaban a estas instituciones estaba representada por personas extranjeras, lo que reforzó la identificación de las categorías de loco, pobre e inmigrante (Quérel y Postel, 2000). La ciudad y provincia de Buenos Aires, fueron espacios donde se estaba produciendo, para estos años, un explosivo crecimiento demográfico, aunado a un acelerado proceso de urbanización, especialmente rápido y caótico en esa ciudad, federalizada en 1880.

La situación de los asilos del interior del país fue distinta al caso de Buenos Aires, ya que el grueso de los ingresos de pacientes provenía de derivaciones realizadas por las instituciones porteñas (Eraso, 1999). Como se analiza en los próximos capítulos, esta

particularidad llevó a que, usualmente, los alienistas que trabajaban en instituciones psiquiátricas de otras provincias expresaran en sus producciones científicas que las diferencias regionales, eran un desafío para la asimilación local de postulados teóricos y prácticas terapéuticas.

En lo que respecta a las instituciones psiquiátricas de Buenos Aires, el ingreso predominante de alienados extranjeros y la concomitante asociación entre inmigración y locura, suscitó que Lucio Meléndez²⁶ y Emilio Coni²⁷ analizaran múltiples aspectos de la situación sanitaria y demográfica de la población internada. Los datos relevados constituyeron el estudio inaugural de Epidemiología y Salud Pública en la psiquiatría argentina²⁸ (Matusevich, 2017). Los resultados de este trabajo mostraron el posicionamiento de las instituciones psiquiátricas argentinas a nivel internacional, siguiendo la línea de los postulados europeos propuestos por Pinel. Por otro lado, se presentó al manicomio como lugar de observación y aprendizaje del fenómeno de la locura (Vezzetti, 1985). En relación a este punto, la producción de Meléndez y Coni, describió el panorama crítico de la asistencia de los enfermos mentales en Argentina, denunciando los malos tratos y la escasa presencia de profesionales de la disciplina para intervenir en esa situación, junto a la necesidad de reestructurar la modalidad de tratamiento en pos de condiciones más dignas y humanitarias. Ambos médicos señalaron que era prioritario ordenar la población de enfermos mentales que, a mediados del siglo XIX, había sido separada de los enfermos orgánicos y retirada de los hospitales generales con fines administrativos, más que por objetivos asistenciales y terapéuticos (Vezzetti, 1985).

Inmersos en este proceso, los intereses y los proyectos de la elite médica adquirieron un peso superlativo dado su creciente vínculo con las arenas públicas en pleno desarrollo de la modernización. Los higienistas, no tardaron en ubicarse en las instituciones estatales (Kohl, 2006). La inserción de los médicos en las filas

²⁶ Destacado médico, científico y académico de la psiquiatría argentina. Para más datos véase, Stagnaro (2017 a).

²⁷ Para consultar más datos sobre este prestigioso higienista argentino, véase Veronelli JC, y Veronelli Correch M. (2004).

²⁸ Esta referencia corresponde a la publicación “Estadística sobre alienados de la provincia de Buenos Aires” desarrollada por Lucio Meléndez y Emilio Coni (1879). La producción científica fue redactada en francés, y se preparó para ser leída en ese año en el Congreso Internacional de Ciencias Médicas de Ámsterdam. Dicho estudio representó un encuentro inicial entre higienismo y alienismo (Vezzetti, 1985), punto que interesa destacar de manera especial, ya que, para el caso del dispositivo psiquiátrico desarrollado en el Asilo de Oliva, un cambio en esta dinámica de encuentro repercutió hacia 1930 en la estructura organizativa institucional y procesos del campo disciplinar.

gubernamentales y la utilización de la medicina como un factor de poder al servicio del Estado, se aceleró en estos años, de acuerdo con una necesidad mutua de fortalecer sendos procesos de consolidación histórica. Por un lado, un Estado Nación que precisaba de esta *intelligenza* como insumo para consolidar su poder, en medio de una sociedad de matriz agro exportadora, en rápido crecimiento económico. Por otro lado, la elite médica que también transitaba un proceso de consolidación como profesión moderna, contó desde 1921 con una Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) como hito de su legitimación (González Leandri, 1999 a).

Las instituciones estatales intervinieron fuertemente en el ámbito de la sanidad, así como en cuanto a las obras de salubridad, en un marco donde las preocupaciones centrales eran las enfermedades de prevalencia urbana y suburbana. En 1880 se fundó la primera institución de salud con poderes nacionales, el Departamento Nacional de Higiene (Kohl, 2006). No fue una coincidencia que el Departamento fuese financiado con dineros de la Marina argentina y que las acciones iniciales se centraran en la regulación de las cuarentenas y en el saneamiento de puertos (García, 1994). La intervención del Estado, desde donde los higienistas implementaron sus proyectos y estrategias, estaban vinculadas de manera particular a la propagación de enfermedades infecto contagiosas, especialmente sobre sectores sociales pobres (Suriano, 2000).

Como resaltaron Armus y Belmartino (2001), el interés estaba puesto en traer orden y estabilidad al cuerpo social, de acuerdo a dos preocupaciones clave: evitar el contagio indiscriminado del ciclo epidémico y, utilizar la higiene como un medio para incorporar a una gran parte de las masas urbanas a la vida moderna. No resulta un detalle menor destacar que estas dinámicas se enmarcaron en un sistema político sólo formalmente democrático, que excluyó a grandes sectores de la sociedad de la participación y el goce de los derechos, motorizado en el poder oligárquico cristalizado institucionalmente en el Partido Autonomista Nacional (PAN).

En este clima de la época, se imprimió un nuevo impulso al dispositivo psiquiátrico, retomando con mayor ahínco los proyectos no alcanzados por el gobierno de Rivadavia (Vezzetti, 1985). En materia de asistencia psiquiátrica, los primeros cambios se evidenciaron en las dos últimas décadas del siglo XIX (Falcone, 2012). En estos años se crearon los primeros establecimientos privados para el tratamiento de la locura y, también, la medicina mental se abrió espacio en ámbitos de formación académica, estableciéndose la primera cátedra sobre enfermedades mentales en la

Universidad de Buenos Aires (1884) y unos años después en la Universidad de Córdoba (1889) (Ferrari, 2016). Estas circunstancias facilitaron la difusión de los temas psicopatológicos en ámbitos científicos vernáculos y comenzó a elaborarse la noción de enfermedad mental y la tecnología alienista. La construcción de un sistema de atención psiquiátrica basado en la adopción del movimiento alienista europeo de los siglos XVIII y XIX permitió de manera paulatina diferenciar la acción médico-científica de la filantrópica, más ligada a la caridad cristiana.

Es así como, en las últimas décadas del siglo XIX, puede identificarse un proceso de construcción del dispositivo psiquiátrico argentino en el que se reconocen diferentes etapas (Ferrari, 2016). Como se profundiza a continuación, en primera instancia, se desarrolló la matriz disciplinar y el ordenamiento de la asistencia para enfermos mentales de la mano de Lucio Meléndez (Vezzetti, 1985). Este primer momento, cuyo escenario principal fueron las instituciones hospitalarias de la provincia de Buenos Aires, se continuó con una segunda etapa caracterizada por la búsqueda de consolidación y expansión del dispositivo hacia el interior del país, mediante los proyectos de creación de instituciones *Open Door* de Domingo Cabred (Ferrari, 2016). Finalmente, hacia la década de 1930 puede leerse una tercera etapa que cristalizó en la creación de la LAHM y coincidió con el “ocaso de los proyectos *Open Door*” del país (Stagnaro, 2006).

1.2.1. La creación del dispositivo psiquiátrico

El sistema de atención psiquiátrica en Argentina, si bien fue ideado a mediados del siglo XIX, se constituyó como tal, a partir de la década de 1880 a través de la reforma de los manicomios bonaerenses, la apertura de las cátedras específicas sobre psicopatología en la Universidad de Buenos Aires (1884), y la producción de los primeros estudios científicos sobre la temática²⁹ (Vezzetti, 1985). El contexto sociopolítico y disciplinar del país de las últimas décadas del siglo XIX, impulsó el surgimiento y consolidación del movimiento alienista argentino. A partir de 1880, se constituyó en Buenos Aires la matriz disciplinar psiquiátrica que nucleó a un grupo de especialistas que reunían las características propias de una verdadera escuela (Stagnaro, 1997). Uno de sus máximos representantes fue Lucio Meléndez, director del Hospicio de las Mercedes (1876) y

²⁹ En este ámbito se destaca el libro “Neurosis de los hombres célebres en la historia argentina” (1878) de Ramos Mejía y el ya mencionado estudio estadístico sobre los alienados de la provincia de Buenos Aires (1879) de Lucio Meléndez y Emilio Coni.

primer profesor de la cátedra de Enfermedades Mentales³⁰ de la Facultad de Medicina de la UBA (1884) (Ablard, 2008).

Los estudios sobre la historia de la psiquiatría argentina reconocen a Lucio Meléndez como quien introdujo las ideas pinelianas para el tratamiento de la locura (Vezzetti, 1985; Stagnaro, 1997; Ablard, 2008; Conti, 2011). Sus colegas también lo referenciaban como el “Pinel Argentino”, dado los fundamentos teóricos que acompañaron sus actividades profesionales. Meléndez instauró el asilo como espacio de tratamiento de la locura e introdujo en los espacios hospitalarios argentinos el modelo conceptual que Pinel había desarrollado en el siglo XVIII y XIX en Europa (Matusevich, 2017).

De manera similar a lo ocurrido en el viejo continente, aunque con otras coordenadas temporales, el alienismo argentino entre 1880 y 1900 se presentó como una metodología que buscó objetivar la locura a partir de la observación minuciosa de su manifestación y evolución, más que como un sistema de clasificación rigurosa de sus expresiones (Vezzetti, 1985). Tal como había sostenido Pinel, los directores de los establecimientos, hacían relevamientos mes por mes, año tras año, y buscaban después de un tiempo, cuáles eran los resultados de la aplicación de un método terapéutico prudente. Es decir, al igual que en Francia, los especialistas examinaban qué relación había entre la totalidad de los enfermos y el número de curaciones obtenidas (Pinel, 2012 [1809]).

Este periodo estuvo dedicado de manera predominante al aprendizaje dentro del espacio físico que permitía el despliegue de la alienación mental, el manicomio. En esta primera etapa de acondicionamiento del dispositivo psiquiátrico (Ferrari, 2016), el alienismo buscó consolidarse como especialidad médica y se replegó en sus instituciones, delimitando su campo de acción e injerencia, no solo dentro de la psiquiatría, sino también diferenciándose de otros actores e instituciones (filantrópicas, policiales, judiciales, médicas) (Vezzetti, 1985).

Uno de los ejes fundamentales de este primer momento de consolidación de la disciplina, no residió tanto en la preocupación por la precisión del escrutinio científico-médico o en la definición precisa de la relación médico-paciente, sino en la transformación y renovación de los procedimientos de internación y el desarrollo de una práctica asilar (Vezzetti, 1985). Alrededor de este último aspecto se encuentran ciertas

³⁰ Cátedra posteriormente denominada de “Clínica Psiquiátrica”.

líneas de semejanza con la psiquiatría europea de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX. En efecto, el motivo de mayor reconocimiento de la obra de Pinel entre los colegas de su tiempo, residió en sus aportes para la reforma de la asistencia manicomial y sus guías para administrar este tipo de instituciones, y no en el sistema nosológico que propuso (Vezzetti, 1985). En Argentina, este “Pinel reformador”, apareció de la mano de Lucio Meléndez: su influencia se hizo evidente en el modo de instrumentar un marco institucional particular y una manera de “gobernar” el exceso de las pasiones propio de la alienación mental (Vezzetti, 1985).

Meléndez incesantemente puso de manifiesto tales intenciones de estructurar y reorganizar la asistencia psiquiátrica de los enfermos mentales. Sus expresiones denunciaron la ausencia de antecedentes en el país sobre este tipo de empeños y resaltaron consecuentemente la necesidad de recursos y formación de profesionales, para instrumentar un sistema según los cánones europeos (Vezzetti, 1985). A propósito de su rol, también discutió con colegas y funcionarios públicos, realizando severas críticas sobre los criterios de admisión y diagnósticos de los alienados, el papel de la policía en los internamientos y la necesidad de superar el criterio de la caridad en la atención psiquiátrica (Matusevich, 2017). Los señalamientos del alienista apuntaban a erigir el manicomio como espacio privilegiado para la locura y discriminar la alienación mental de otras situaciones sociales como las de mendigos indigentes. De este modo, pretendió poner fin al abuso en las admisiones indiscriminadas que solían acrecentar la población en las instituciones (Ablard, 2008).

Desde la década de 1880, y al menos hasta el Centenario, los enfoques psiquiátricos, aunque estaban influidos por las nociones de la etiología moral de la alienación mental, no estuvieron exentos de postulados genéticos con énfasis en la herencia, propios de las tesis del darwinismo social de la época. Esto puede explicarse por la preeminencia que cobraba el biologicismo dentro del modelo médico con sus propósitos definidos de intervención social (Vezzetti, 1985; Talak, 2005; Falcone, 2012). En ese sentido, como afirma Vezzetti (1985) si la escuela alienista “se constituye como una especialidad médica, al mismo tiempo lo hace tomando distancia respecto del fundamento experimental y fisiológico que organizaba el corpus teórico de la medicina general” (p.53), aunque sin negarlo.

En el momento de consolidación de la psiquiatría, el movimiento alienista argentino (aun conviviendo con elementos propios del organicismo) no enfatizó en la

localización anatomopatológica de la locura, sino en la sanción moral de ésta. La locura fue vinculada a la excitación y el desborde de las pasiones, pero también se le concedió importancia a la temporalidad del cuadro de alienación. El registro de la evolución de la patología, más ligada al paradigma de las enfermedades mentales, fue esencial en la institución manicomial, junto a la observación profesional atenta del curso de las crisis episódicas (Vezzetti, 1985).

De este modo, la asistencia psiquiátrica se basó en el tratamiento moral aplicado bajo los principios elaborados por Pinel, entre los que se remarcaba el trato humanizado y personalizado del paciente, las medidas higiénicas y la evitación de la coerción física. Además de los principios mencionados, un elemento que tuvo un lugar central en el desarrollo del tratamiento moral, fue la laborterapia, vehiculizada bajo la forma de talleres artesanales de tamaño reducido, en donde pocos alienados desempeñaban actividades laborales simples, al tiempo que se propendía a un diálogo entre éste y el profesional (Quérel y Postel, 2000; Eraso, 2002).

En cuanto a las vinculaciones de los alienistas locales con los referentes y los modelos conceptuales europeos sobre la locura, la primera referencia a Pinel se identificó en la tesis de Diego Alcorta (1827) sobre la Disertación de la manía aguda³¹. Sin embargo, este texto no tuvo mayor impacto en el campo médico nacional en ese momento, dada su insistencia en los aspectos nosográficos de la obra del francés, y solo fue retomada décadas después por Meléndez (Vezzetti, 1985). En ese nuevo contexto, la centralidad que tuvieron estas nociones se asoció, más que a la efectividad y rigor científico de su propuesta conceptual, a la necesidad vernácula de contar con matrices organizativas que sirvieran como insumos para el proceso de construcción del sistema de atención psiquiátrica nacional.

A partir de estas consideraciones, surgen elementos que permiten reflexionar sobre los motivos del desfasaje que se advierte entre el momento de conformación del sistema argentino de atención psiquiátrica en las últimas décadas del siglo XIX y la declinación del modelo conceptual propuesto por Pinel y el tratamiento moral promediando ese siglo. De hecho, esta influencia puede interpretarse como parte de una etapa propia de la consolidación del Estado argentino y la sucesiva puesta en marcha del aparato de salud pública, en una época, en que, convergieron a nivel nacional una serie

³¹ La tesis del médico argentino refleja un acabado conocimiento de la obra de Pinel a la que cuestiona por la ausencia de un ahondamiento en aspectos de anatomía patológica (Vezzetti, 1985)

de condiciones socioculturales, políticas y disciplinares necesarias para que la locura pudiera ser vista como enfermedad y objeto de intervención científica (Hacking, 2005). En esa dirección, Lucio Meléndez devino en un engranaje fundamental al recuperar la importancia y necesidad de introducir un orden moral y un régimen disciplinario de convivencia en el interior de las instituciones. Estos elementos fueron postulados clave del tratamiento moral, los que, -según postulaba- al ser internalizados por el alienado, corregirían la perturbación de su voluntad y la alteración de sus estados emocionales (Vezzetti, 1985).

1.2.2. Los Asilo-Colonia para Alienados

A partir de 1900, los proyectos de Domingo Cabred³² marcaron el inicio de una segunda etapa en la construcción del dispositivo psiquiátrico argentino. Su característica principal fue el despliegue de la red de instituciones manicomiales hacia el interior del país (Ferrari, 2016). Durante este periodo, que se extiende desde los primeros años del siglo XX hasta la muerte de Cabred (1929), debe tenerse en cuenta el imperio de una tendencia de mayor alcance ligado a la fragmentación en el sistema de salud, tanto en materia de instituciones estatales encargadas de las políticas de salud y asistencia social, como en la configuración de los servicios de atención médica. Por un lado, a principios del siglo XX, la creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (en adelante CAAHR) se sumó al desorden administrativo reinante, comenzando una larga historia de tensiones institucionales e infructuosas búsquedas de centralización³³. Por otro lado, ya era evidente la coexistencia entre un sistema de atención público y uno privado. El primero, a su vez, diferenciado entre los servicios administrados por las agencias del Estado nacional, provincial y municipal, y las sociedades de beneficencia; el segundo, compuesto por los

³² Domingo Cabred sucedió en 1892 a Lucio Meléndez en los cargos de profesor titular de la cátedra de Patología Mental de la UBA y en la dirección del Hospicio de las Mercedes. Creó el primer establecimiento de tratamiento de alienados a puertas abiertas, conocido como *Open Door* de Luján. Este modelo de institución fue la primera en su tipo en América Latina (Iacaponi, 1999).

³³ En convergencia con procesos y objetivos internacionales, por la década del 1920 los inconvenientes asociados a la falta de centralización en materia de políticas sanitarias fueron objetos de propuestas superadoras por parte de los funcionarios médicos nacionales. En el marco de estas ideas se insistió en la necesidad de que el "(...) poder público penetrara en todo el territorio nacional y materializara en estructuras administrativas e instrumentos legales y designara funcionarios idóneos" (Ramaciotti, 2008, p.54). No obstante, a pesar de los proyectos y precarias concreciones en este sentido, por muchas décadas más se continuaron generando múltiples iniciativas institucionales, la mayoría de las veces descoordinadas y conflictivas.

servicios prestados por las empresas médicas, las iniciativas pertenecientes a las mutualidades y los sanatorios de las colectividades (Belmartino, 2005).

La visión y la acción política de Cabred fueron clave. Como ha planteado Di Liscia (2017) el perfil de este médico psiquiatra debe leerse inserto en una nueva orientación que caracterizó a los médicos funcionarios argentinos de principios del siglo XX, los que buscaron nacionalizar las políticas sanitarias a todo el territorio del país. En ese marco adquirió especial relevancia su papel en la creación de CAAHR en 1906³⁴, así como su rol proactivo en “(...) la creación de nuevas instituciones en la Capital y en el interior argentino, con un plan propio vinculado a la internación y atención médica” (p.162).

En los más de veinte años durante los cuales Cabred presidió la CAAHR, se diseñaron, construyeron y habilitaron unas 7.000 camas hospitalarias; en ese sentido, como ha resaltado Veronelli y Veronelli Correch (2004) aunque la creación de establecimientos nacionales en territorios provinciales implicaba un avance sobre sus autonomías, no hubo reclamos, menos aún cuando se trataba de establecimientos para pacientes crónicos, que resultaban demasiado onerosos para los erarios de las provincias. No obstante, a esta altura, reviste mayor interés la lectura que realizó Di Liscia (2017) sobre las posibilidades y límites de la obra de Cabred, y su capacidad para sostenerse en el tiempo a pesar de cambios políticos de relevancia (de gobiernos conservadores a radicales), a diferencia de la sucesión de funcionarios a cargo del Departamento Nacional de Higiene. En ese sentido, la escasez presupuestaria y un desarrollo burocrático insuficiente, debe leerse a la luz del acceso diferencial a fondos de la CAAHR, que le permitió sortear importantes dificultades vinculadas a la situación particular del Congreso Nacional. Asimismo, su limitado éxito -continúa Di Liscia (2017)- permite también reflexionar sobre los temas que las élites consideraban realmente problemas acuciantes: las enfermedades contagiosas y las instituciones de internación para los “anormales”. Claro que, unas y otras, tenían sentido en los centros urbanos, donde además del desarrollo de las epidemias, era posible detectar una preocupación creciente por los “subproductos” de la “mala vida”, entre ellos, prostitutas, alcohólicos, tuberculosos,

³⁴ Como ha desarrollado Di Liscia (2007) las conexiones de Cabred con la filantropía, con los presidentes Julio A. Roca y José Figueroa Alcorta y con el entonces canciller Montes de Oca le abrieron las puertas y el apoyo político para que se aprobase un proyecto de su autoría para la creación de la CAAHR, bajo la dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La Ley de Previsión y Asistencia Social N° 4.953 que creaba en 1906 esta entidad preveía también el financiamiento de las obras a través del 5 % de la recaudación de la Lotería Nacional.

discapacitados y enfermos mentales. En el contexto de las primeras décadas del siglo XX, el crecimiento económico y la modernización representaron un incremento del bienestar general de la población, aunque éste se distribuyó de modo inequitativo entre los distintos sectores sociales (Moreyra, 2009).

La configuración estatal de ese momento, remite a una necesidad analítica de interpelar al Estado “desde dentro”³⁵, en términos de instituciones para la asistencia de la enfermedad mental. A propósito del proyecto de Cabred, se observa la conjunción entre actores concretos, política y saberes. Todo ello reunido de manera puntual, alrededor del interés por extender el dispositivo alienista hacia el interior del país mediante la creación de establecimientos Asilo Colonia Agrícolas³⁶ con modalidad de tipo *Open Door* para el tratamiento de la locura. Es importante enmarcar estas acciones, dentro de la necesidad de crear nuevas instituciones que albergaran a un grupo creciente de enfermos mentales que la ciencia veía como incurables. La ley de creación de Asilos Colonias (ley N° 4953), pretendió dar respuesta a esta problemática y propuso la construcción de establecimientos con modalidad *Open Door* en el interior del país, materializando una serie de debates que ya se habían desarrollado en Europa para la década del 1860 (Eraso, 1999).

Un breve recorrido histórico, indicó el año 1887 como la fecha en que se presentó en el Congreso Nacional el proyecto de construcción del primer Asilo Colonia con modalidad *Open Door*, a localizarse en Luján y destinado a alienados varones, el que abrió sus puertas en 1901 (Iacaponi, 1999). La Ley 4953 de la Lotería de Beneficencia Nacional se aprobó finalmente en 1906 y se asignaron fondos para la construcción de Asilos Colonias y Hospitales Regionales, siendo el primero de ellos el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva (Eraso, 1999; Ablard, 2008). La mayor parte del dispositivo institucional psiquiátrico del país se construyó en esta época: Asilo Colonia Melchor Romero (1884); Asilo Colonia de Luján (1901); Asilo de Lomas de Zamora (1908); Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados Oliva (1914); Asilo Colonia Mixto

³⁵ Véase el interesante desarrollo de Bohoslavsky (2014), sobre la historia de las intervenciones estatales argentinas producidos entre 1880 -1943. El estudio del Estado “desde adentro” indaga el problema de la constitución de autoridades y de trabajadores estatales dotados de saberes específicos. Las instituciones demandaban y producían saberes especializados y dispositivos particulares destinados a un grupo poblacional reducido (madres, delincuentes, inmigrantes y pobres entre otros).

³⁶ A lo largo de todo el trabajo se sostendrá el resaltado con mayúscula para indicar las instituciones manicomiales de esta tipología que fueron características de la segunda etapa de construcción del dispositivo psiquiátrico argentino.

de Torres (1918); y la refacción y ampliación del Hospicio de las Mercedes, nacionalizado en 1905 (Quétel y Postel, 2000; Vezzetti, 1985).

La ramificación de instituciones para el tratamiento de la alienación mental a espacios del interior nacional sumó más referentes al campo de la psiquiatría y aumentó su heterogeneidad teórica. Los cargos directivos de los establecimientos y el desarrollo del proyecto disciplinar estuvieron bajo la responsabilidad de diferentes alienistas, lo que se trasladó a una diversidad de lecturas y filiaciones doctrinales. Ferrari (2012) señaló que la ejecución y concreción de este plan de asistencia para la alienación mental basado en la creación de nuevas instituciones en diferentes zonas del país, originó un fenómeno denominado como “dispersión de la locura” (p.180-182).

En esta dinámica las instituciones psiquiátricas fueron delimitando un perfil propio de accionar acorde a las diversas trayectorias de formación profesional y referencias doctrinales de los alienistas que se desempeñaban en ellas, para esa época. Las agendas disciplinares internacionales incluían modelos conceptuales alternativos a las explicaciones etiológicas “morales” de la locura, en pos del organicismo sostenido por el campo de la medicina. De este modo, el fenómeno de “dispersión de la locura” en el país (Ferrari, 2012), se acompañó con el desplazamiento del alienismo más ligado a la etiología pasional de la locura, hacia una psiquiatría de corte más positivista, orientada con el organicismo y un perfil más experimental. Particularmente este impulso se recibió por medio de la llegada del psiquiatra y neurobiólogo alemán Christofredo Jakob al Hospicio de la Mercedes y la apertura del laboratorio experimental institucional (1899), que inauguró la línea neurológica de la psiquiatría (neuropsiquiatría) en la Argentina (Guerrino, 1982; Navarraz y Miranda 2009, Talak, 2010; Falcone 2012). De acuerdo a lo que afirma Vezzetti (1985)

(...) el dispositivo psiquiátrico reencuentra los criterios de la medicina científica experimental, y al lado de esos discursos en los que la locura resaltaba sobre el fondo de los conflictos de la civilización, nace un complejo de conocimiento y técnicas de investigación e intervención en torno a un órgano sagrado: el cerebro. (p. 222).

Durante la etapa iniciada a partir del Centenario de la Revolución de Mayo (1910), se continuaron desarrollando transformaciones a nivel de los modelos conceptuales sostenidos por la psiquiatría. Stagnaro (2006) señaló que, en el campo de la especialidad, se fueron estableciendo dinámicas representativas de una pérdida progresiva de la

influencia del pensamiento positivista, en convergencia con la crisis estructural del modelo agro exportador, la que culminó con las repercusiones de la crisis económica mundial de 1929 en la Argentina y el Golpe de Estado de 1930. A su vez, la transformación de los antiguos asilos psiquiátricos y la creación de los establecimientos de tipo *Open Door*, produjeron variaciones en los modelos etiopatológicos (Eraso, 1999). Fueron necesarios ciertos reajustes, en la medida en que se hizo más notorio el desplazamiento de la alteración de las pasiones a un lugar de menor influencia causal. En esta dirección, aunque se adoptaron modelos más organicistas con su énfasis en la localización anátomo-funcional, ambas concepciones etiopatológicas (organicista y moral), convivieron sin abiertos conflictos (Falcone, 2012). Esta tendencia fue particularmente visible en las publicaciones especializadas de la época, marcando el característico eclecticismo argentino hasta la llegada del psicoanálisis (Vezzetti, 1985; Falcone, 2012). Evidentemente, las asunciones de estos modelos causales en la psiquiatría argentina impactaron en las presunciones pronósticas (nihilismo terapéutico) y también a nivel de los tratamientos y prácticas terapéuticas desarrolladas.

1.2.3. La Liga Argentina de Higiene Mental

Las instituciones públicas destinadas a la asistencia de alienados indigentes habían asimilado sin conflictos el paradigma del tratamiento a través de Asilos Colonias Agrícolas con modalidad *Open Door*, recibiendo a un número creciente de pacientes afectados de variados cuadros patológicos y en condiciones de deterioro social. Como refiere Iacaponi, (1999) habría sido este éxito del proyecto, el que contribuyó a minar la sustentabilidad de los asilos, haciendo colapsar su mantenimiento y llevando a algunos directores alienistas a hablar del “llanto de Cabred” (p.59, 69).

Como se mencionó en apartados anteriores, los debates sobre la utilidad de las instituciones *Open Door* como modalidad de tratamiento de las patologías mentales se habían desarrollado en Europa a mediados del siglo XIX. Los resultados de su implementación no habían cumplido con las expectativas que se le atribuyeron como salida al estancamiento de la asistencia psiquiátrica. A pesar de su crisis y decadencia en el viejo continente, pasada la primera década del siglo XX, los postulados europeos aparecieron como pilares constitutivos del modelo argentino. Aquellos principios teóricos y terapéuticos, habían influenciado los pilares fundamentales del proyecto psiquiátrico

nacional de Cabred. En efecto, la transformación de los primeros hospitales psiquiátricos en “servicios de puertas abiertas” y la creación de instituciones Asilo Colonia, habrían señalado un momento estelar en la historia de la psiquiatría argentina (Vezzetti, 1985; Eraso, 1999).

Frente a este edificio y sus magros resultados, para inicios del siglo XX, el modelo *Open Door* no escapó a las críticas de algunos sectores de la elite médica local que referirían al estado de hacinamiento, encierro y falta de recursos en que se encontraba la asistencia a los alienados en los dos manicomios de Buenos Aires: el Hospital Nacional de Alienadas y el Hospicio de las Mercedes (Eraso 2002; Talak, 2005). Aquellos reproches inicialmente aislados, comenzaban a cristalizar en nuevos movimientos e incluso instituciones. Es así como, en los últimos años de la década de 1920 empezó a fortalecerse el movimiento de la higiene mental en Argentina (Vezzetti, 1985; Talak, 2005). En 1927 se realizó un pre proyecto para la constitución de LAHM presentado por Fernando Gorriti, con manifiestas aspiraciones centradas en la “modernización del tratamiento de los alienados”, reflejando los progresos obtenidos en el ámbito de la medicina general (Falcone, 2010, p.12).

La interpelación al alienismo apareció formulada de una manera cabal. Además de la función principal del movimiento de higiene mental centrada en la profilaxis de las patologías, “(...) uno de los objetivos más importantes fue desarrollar, con recursos ya implantados en Alemania y Francia, la asistencia psiquiátrica abierta, en oposición al modelo asilar, cerrado o de internación” (Falcone, 2010, p.12). Finalmente, la fundación de la LAHM se concretó en 1929³⁷, bajo la dirección de Gonzalo Bosch³⁸ y comenzó a funcionar con sus consultorios externos en el Hospicio de las Mercedes en 1931. En términos generales, esta iniciativa ponía en evidencia algunas insuficiencias del modelo vigente para la asistencia de la locura, proponiendo modificaciones al programa organizado por el alienismo, así como formación de nuevos profesionales y servicios de atención especializada (Talak, 2006 a).

³⁷ Siguiendo a Talak (2006 a), la LAHM puede inscribirse en un movimiento de creación de entidades civiles, vinculadas a la tradición de las asociaciones de beneficencia asociadas a alguna figura médica desde principios del siglo XX.

³⁸ La historiografía especializada señala como referente de esta etapa a Gonzalo Bosch, quien antes de ser nombrado director de la LAHM, venía desempeñando un rol crucial en los espacios académicos de la psiquiatría en Rosario. En 1931 fue designado al frente del Hospicio de las Mercedes, en cuya dirección se mantuvo hasta 1947. También quedó a su cargo la Colonia Nacional de Alienados Domingo Cabred (Colonia de Luján) (Dagfal, 2015)

Las líneas proyectadas por la Liga³⁹ eran parte de una “vieja y nueva” agenda que trascendió a la psiquiatría argentina de esos años. A pesar de que sus orígenes se relacionaron con procesos propios de la década del 20, sus consideraciones no pueden desvincularse del movimiento higienista desarrollado en el país desde el último tercio del siglo XIX para enfrentar los problemas asociados a la "cuestión social" (Talak, 2006 a, 2006 b). Sin embargo, como postula Vezzetti (1985), es importante señalar algunas diferencias, ya que en la década de 1880, se produjo un encuentro entre los intereses del higienismo con las propuestas del movimiento alienista, mientras que hacia la década de 1930, fue visible el alejamiento entre ambos programas, lo que repercutió en la especialidad. Para principios del siglo XX, la higiene mental también se asoció con un conjunto de iniciativas que se habían empezado a organizar en otros países de América Latina, como consecuencia de proyectos originados en Estados Unidos (1908) y Francia (1920), por Beers y Toulouse, respectivamente. En ese marco histórico, la psiquiatría venía experimentando una fractura, como consecuencia de la falta de claridad y respuestas terapéuticas frente a la asunción de la incurabilidad de la alienación mental (Huertas, 1988).

Asimismo, en la Argentina de los años 1920, este ambiente de nuevos debates se inscribió en lecturas más generales que apuntaban a la inoperancia de la actividad del Estado en la gestión de las organizaciones del sector público (y también en la regulación de la actividad privada). Como mostró Belmartino (2007) esta agenda llegó a la opinión pública en los años 30, y contribuyó a redefinir la perspectiva con la cual los técnicos y los políticos abordaban “la problemática de la salud/enfermedad/atención médica” (p.179). En efecto, muchos de los términos que comenzaron a circular por esta época se verificaban en la prédica de la Liga de Higiene. De este modo se comenzaba a poner en el centro de la escena la idea de planificación e integración de prácticas preventivas, junto a la búsqueda de mayor eficacia en la atención hospitalaria y de estrategias educativas para atenuar la existencia de ambientes o condiciones que predisponían al ser humano individual a una situación potencialmente riesgosa, en ese sentido, prácticamente se identificaron la higiene social y moral. Luego, con el tiempo, la Segunda Guerra Mundial fue potenciando la importancia otorgada a la preservación del capital humano. En este nuevo contexto, ya no se hablaba solamente de cuestiones científicas, puesto que se

³⁹ A lo largo del trabajo se sostendrá el uso de mayúscula en esta palabra para señalar la referencia a la Liga Argentina de Higiene Mental

trataba de un problema social (Belmartino, 2007). Los objetivos de la LAHM se focalizaban según destacó Talak (2006 a) en la acción sobre individuos con la propuesta de una regulación de las poblaciones tomadas como colectivos diferenciados, pero a la vez, como conjuntos de individuos. A esta altura, tienen especial relevancia los interrogantes sobre el papel del Estado y las transformaciones en sus políticas públicas en relación a la influencia de la LAHM en las instituciones de asistencia mental.

Como ha reconocido parte de la historiografía especializada, a partir de la década del 1930 el Estado nacional había asumido una serie de funciones que supusieron también una mayor capacidad de penetración en distintos ámbitos de la vida social (Belmartino y Bloch, 1995). Sin embargo, aquellos consensos y propuestas que, como se planteó, movilizaron diversos escenarios y actores desde la década del 1920, hasta el golpe de 1943, habrían carecido de impacto sobre las políticas estatales registradas a nivel nacional (Belmartino, 2007). En efecto, la etapa que va desde el golpe de 1930 al del año 1943, propició rápidamente el regreso de los políticos conservadores, originándose la denominada “década infame”⁴⁰, etapa durante la que no se habrían generado cambios importantes en la institucionalidad sanitaria conocida hasta el momento (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

Sin embargo, al dejar de lado la preocupación por el Estado como categoría macro (Bohoslavsky, 2014), las lógicas particulares que sostuvo la LAHM en relación a las agencias estatales revela un escenario más complejo. El movimiento de la higiene mental argentino, procuró captar recursos a través de la creación de una Comisión, que reproducía el modelo de las damas de la Sociedad de Beneficencia, pero al mismo tiempo, privilegiaba la resolución de las cuestiones económicas convirtiéndose en grupo promotor de proyectos a ser ejecutados por el Estado, a través de la Liga (Klappenbach, 1999). Resulta interesante advertir que este tipo de acciones no fue una peculiaridad del movimiento de la higiene mental internacional, sino que, por el contrario, constituyó una nota general de la elite médica argentina. Los primeros alienistas del país habían participado de esa identidad del cuerpo médico, fuertemente tamizada por la función de reformadores del sujeto social, para lo cual su intervención en el Estado resultaba decisiva. Ese sobreinvertimiento político de su papel técnico atravesó toda la historia de

⁴⁰ Desde la ruptura del orden institucional con la presencia del Ejército y el advenimiento del neoconservadurismo la gobernabilidad apareció nuevamente asociada, como en los tiempos del Estado oligárquico, a la democracia restringida (Ansaldi, 1986).

la medicina argentina, y se acentuó en el caso de la higiene mental dada la multiplicidad de campos que requerían la atención del higienista (desde la locura hasta el delito, desde la educación al trabajo) (Vezzetti, 1985; Klappenbach, 1999).

En las primeras décadas del siglo XX, persistían vacíos en materia de conceptualización de los mecanismos hereditarios de transmisión de la locura (Vezzetti, 1985). El desconocimiento preciso de los factores etiológicos endógenos de las enfermedades mentales, tornaba perentorio actuar preventivamente obstaculizando la reproducción de aquellos individuos que tenían un potencial para la degeneración de la raza⁴¹. Asimismo, comenzaba a cobrar relevancia el potencial causal de factores exógenos tales como las condiciones socio-ambientales que rodeaban a las personas. En este sentido el movimiento de higiene mental argentino fue esencialmente psiquiátrico y se apoyó en ideas eugenésicas⁴² que ya estaban presentes dentro del campo más amplio de la medicina social⁴³ (Talak, 2005).

En el campo psiquiátrico, el alienismo en particular, se había replegado sobre sus propios espacios institucionales asilares para consolidar y configurar el aparato técnico científico de intervención y estudio de la locura. Estos establecimientos albergaban de manera creciente alienados para los cuales no podían ofrecerse una alternativa de curación. Al mismo tiempo, las propuestas de profilaxis de salud mental y el énfasis en la actividad profesional externa a los manicomios se acentuaban. Las tensiones entre el movimiento profiláctico psiquiátrico, representado por la LAHM, y el movimiento alienista, pueden leerse en las expresiones de Arturo Ameghino⁴⁴ (1935) al referir la disyuntiva a la que se enfrentaba la medicina social:

⁴¹ Aunque se volverá sobre la cuestión, es preciso mencionar la existencia de los vasos comunicantes entre las ideas higienistas y las eugenésicas, conexiones que, transformadas en su impronta, persistirán por muchos años (Armus y Belmartino, 2001).

⁴² En este aspecto reside una de las características particulares del movimiento de higiene mental argentino. La presencia de fundamentos eugenésicos estuvieron presentes desde su inicio, pero a diferencia de otros países, en la década del 30, tales fundamentos se debilitaron en pos de modelos más ambientalistas (eugenesia positiva) (Talak, 2005).

⁴³ La medicina social acuñó un conjunto de saberes y prácticas disciplinares orientados a coordinar las intervenciones profesionales hacia la preservación y defensa de la sociedad como un todo, por encima del bienestar individual. Este modelo médico se sostuvo en los pilares de la higiene y la profilaxis. El primero se asoció al mejoramiento de las condiciones ambientales para minimizar el desarrollo de enfermedades, en cambio el segundo aludió a las prácticas eugenésicas de selección y segregación de aquellos individuos considerados perniciosos para la sociedad futura, articulando de este modo posturas degeneracionistas. En otras palabras, la higiene mental argentina se alineó con un discurso eugenésico que pretendía aislar al degenerado o identificarlo y tratarlo precozmente para evitar su influencia perniciosa en el campo social (Talak, 2005).

⁴⁴ El psiquiatra argentino Arturo Ameghino (1869-1949) se destacó en la disciplina por sus aportes en materia de semiología psiquiátrica, ya que su propuesta fue la primera nomenclatura a nivel nacional.

O bien predomina (...) como objeto de protección directa a la sociedad actual y en ese caso se dedica principalmente a fortalecer a los débiles, revalidar inválidos, prolongar vidas, rehabilitar valores desmedrados por la enfermedad (...)... o bien prevalece ... la protección de la raza y entonces propende sobre todo a evitar la reproducción de seres débiles o perniciosos. (p.133)

La psiquiatría con su propuesta profiláctica enfatizó más en la importancia de evitar la reproducción de la enfermedad mental en la sociedad, que en la restitución de la salud mental de los alienados considerados crónicos, de allí su insistencia en la detección y tratamiento precoz. Por el contrario, la atención exclusiva a las enfermedades mentales crónicas a la que se veía abocado el alienismo en el interior de sus instituciones, representaba un descuido para este otro sector de especialistas de la psiquiatría preocupado por el peligro que residía en las ciudades con aquellos sujetos que no declarados como alienados, pero sí débiles mentales o degenerados psicópatas, seguía reproduciéndose y degenerando la raza (Vezzetti, 1985). De este modo, la cronificación continuaba erosionando las estructuras asistenciales de las instituciones manicomiales que cada vez, con mayor frecuencia, servían de “depósito de locos” para el resguardo social, según lo interpretaban los especialistas que estaban a cargo del funcionamiento de estas instituciones.

La LAHM resaltó la diversificación de discursos y prácticas dentro del campo de la psiquiatría al proponer modificaciones en las propuestas asistenciales y tratamientos fuera del hospicio, basadas en las prácticas profesionales en dispensarios, la promoción de una formación diferente de los profesionales focalizada en la rehabilitación y la prevención, y la incorporación de nuevos expertos de otras disciplinas en la asistencia de los enfermos mentales (Talak, 2005).

Todas estas propuestas realizadas, apuntaban a romper el vínculo con los espacios manicomiales existentes, reemplazándolos por servicios ambulatorios y consultorios

Se formó en París, en las primeras décadas del siglo XX con Dejerine, Dupré y Grasset. Al regresar al país fue designado Jefe de Clínica Neurológica de la Facultad de Medicina de la U.B.A. y Médico Interno del Hospicio de Las Mercedes. Fundó de la Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal (1927). Estas contribuciones evidencian su énfasis en el estudio organicista de la locura y perspectiva neuropsiquiátrica. Fue reconocido por los informes que realizaba de las autopsias de enfermos mentales, y por sus explicaciones acerca de la alienación y la emoción violenta (Allevi, 2018 b).

externos. En suma, se proponía una transformación de ese dispositivo monolítico, que perdió la solidez que lo caracterizó hacia los comienzos del siglo (Vezzetti, 1985).

El énfasis en materia de profilaxis mental y la acentuación de la función higienista extra asilar, reforzaban el debilitamiento experimentado por el alienismo. A medida que avanzaba la tercera década del siglo XX, fue cristalizando una escisión en el campo psiquiátrico argentino, vinculada a una ruptura en la relación entre el higienismo y el movimiento alienista⁴⁵ (Vezzetti, 1985). Como se profundiza en el siguiente capítulo, los aportes de Allevi (2016, 2018 a, 2018 b), identificaron este distanciamiento como parte del proceso de profesionalización de la psiquiatría argentina de entreguerras (1919-1939). Un sector de especialistas de la disciplina buscó diferenciarse de los alienistas y neurólogos, reclamando la legitimidad de su accionar como auténticos psiquiatras.

A partir de estas fisuras se asomaba la crisis del dispositivo manicomial argentino y de las instituciones surgidas en la última etapa, marcando los rasgos y ritmos particulares del ocaso de los proyectos de Domingo Cabred (Stagnaro, 2006). Como se comienza a mostrar en el siguiente capítulo, a partir de 1930, el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva constituye un caso representativo de este proceso. En el marco de su histórica crisis (Eraso 1999), la falta de recursos institucionales, el hacinamiento y las críticas por la falta de efectividad en su accionar, exigieron reajustes a nivel de la institución y del rol de sus profesionales.

⁴⁵ Cabe destacar que aquella unión, había estado representada por el estudio sobre la locura en Buenos Aires de Meléndez (alienista) y Coni (higienista), lo que para la década de 1880 posibilitó el surgimiento del dispositivo alienista argentino (Vezzetti, 1985). Se recuerda que, como se mencionó, frente a esto, un grupo de profesionales buscaron recomponer el espacio asilar a través de los principios del *Open Door*, mientras, otro grupo se orientó a perfilar sus prácticas profesionales por fuera del espacio hospitalario, a través de los movimientos de la higiene mental (Castel, 1980).

CAPITULO 2

El Asilo Colonia de Oliva como espacio de la locura en Córdoba

A inicios del siglo XX, los proyectos institucionales de Domingo Cabred impulsaron una segunda etapa en la construcción del dispositivo psiquiátrico argentino cuya característica distintiva fue la expansión del sistema de asistencia psiquiátrica de enfermos mentales indigentes hacia el interior del país, mediante la creación de establecimientos de tipo *Open Door* en territorios distintos a la Ciudad de Buenos Aires. Este proceso de descentralización o federalización de la atención (Ferrari, 2016) pretendió dar respuesta a la falta de establecimientos de la especialidad y a la problemática del hacinamiento que experimentaban los hospitales bonaerenses (Requiere, 2000).

La creación de instituciones Asilos Colonia con modalidad *Open Door*, representó un momento estelar en la psiquiatría argentina durante las primeras décadas del siglo XX (Vezzetti, 1985; Eraso, 1999). Como se abordará, el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva inaugurado en la provincia de Córdoba en 1914, constituye un caso representativo en el sentido apuntado. En efecto, fue el primer establecimiento fundado en el interior del país y en su modo de funcionamiento se reflejaron distintas características que venían definiendo el campo de la psiquiatría nacional. Aunque como han mostrado análisis previos el contexto institucional crítico fue un elemento persistente en la vida institucional, hacia los años 30' se intensificaron las dificultades del modelo en correspondencia al fenómeno que se conoce como el “ocaso de los Proyectos de Cabred” (Stagnaro, 2006) o el “llanto de Cabred” (Iacaponi, 1999).

Como se desarrollará, en la actualidad persiste un vacío en la historiografía local en materia de análisis del dispositivo institucional de Oliva devenido a partir de los años

30. En ese sentido, la caracterización existente sobre la crisis institucional no avanza más allá de comienzos de la década referida y se sostiene en interpretaciones de corte foucaultiano. El aporte que se propone implicará retomar los estudios que caracterizaron este *Open Door* desde el momento de su apertura, pero recuperando el contexto de tensiones disciplinares del momento. En efecto la agenda de la especialidad se inscribía bajo los lineamientos de la “psiquiatría moderna”, orientando sus modelos conceptuales y prácticos hacia la profilaxis y los espacios extra asilares (Talak, 2006 a; 2006 b; Ablard, 2008). Será importante dar cuenta de cómo la especialidad también transitaba un complejo proceso de profesionalización orientado a la modernización de sus marcos teóricos y ámbitos de ejercicio profesional, en línea a la medicina social del momento, que cristalizó en la creación de la LAHM en el año 1929 (Talak 2006; Allevi, 2016, 2018 a, 2018 b). De hecho, estas propuestas no eran del todo accesibles para los alienistas que trabajaban en Oliva.

En esta dirección, el presente capítulo caracterizará los rasgos que fueron definiendo al dispositivo psiquiátrico del Asilo Colonia de Oliva, identificando sus cambios y permanencias entre 1914 y 1943. Desde allí ingresará a considerar las propuestas y transformaciones internas operadas en la institución, entendidas como respuestas de afrontamiento del cuerpo de profesionales para legitimar su rol y el modelo asistencial desarrollado, frente a una realidad de constricciones materiales y de recursos humanos especializados, a la que se sumaban las tensiones motorizadas por los postulados de la LAHM.

2.1. Conformación del *Open Door* de Oliva

El Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva, conocido actualmente como Hospital Emilio Vidal Abal, abrió sus puertas el 14 de Julio de 1914 y estuvo destinado a la atención psiquiátrica de enfermos mentales indigentes. Se ubicó en el departamento Tercero Arriba, al sudeste de la provincia de Córdoba y su capacidad inicial de 1400 camas (con ampliaciones posteriores), y las 600 hectáreas de terreno que formaban parte de su emplazamiento, lo convirtieron en el establecimiento psiquiátrico, con modalidad de Asilo Colonia Agrícola, más grande de la Argentina y de toda Sudamérica (Eraso, 1999; Maldonado et al, 2002).

Es importante destacar que Oliva fue la primera institución con modalidad *Open Door* fundada en el interior del país, y los procesos involucrados en su planeamiento correspondieron a lo que se ha identificado como la segunda etapa de expansión del dispositivo psiquiátrico argentino (Ferrari, 2016). Su ejecución respondió a la Ley de Previsión y Asistencia Social N° 4953, sancionada en el año 1906 y, en consecuencia, el establecimiento dependió de la CAAHR⁴⁶, presidida por Cabred, desde ese mismo año hasta su fallecimiento en 1929.

El 8 de Diciembre de 1908, fue colocada la piedra fundacional del Asilo Colonia de Oliva aunque su inauguración tuvo lugar seis años después al recibir el primer contingente de 99 alienados, trasladados del Hospicio de las Mercedes. Para completar el cuadro de su apertura, en ese mismo año (1914), llegaron a Oliva 100 enfermas procedentes del Hospital Nacional de Alienadas, lo que, en palabras del presidente de la CAAHR, inauguraba una de las características distintivas del establecimiento: la asistencia psiquiátrica mixta dentro de un mismo espacio institucional. Así lo expresó Cabred (encargado de organizar las primeras derivaciones a Oliva), en su informe al Ministro de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación realizado en 1914:

Cúmpleme poner en conocimiento del Señor Ministro que han llegado hoy [al Asilo Colonia de Oliva] cien alienadas procedentes del manicomio metropolitano de mujeres (...) de modo que empieza pues a realizarse la asistencia hospitalaria completa según el sistema de puertas abiertas, para alienados de ambos sexos en un mismo establecimiento. (Como se cita en Cabeza, 1942, p.7).

Al poco tiempo de su apertura, se hicieron frecuentes y constantes los envíos de remesas de pacientes de los hospitales psiquiátricos de Buenos Aires (Ablard, 2008; Ferrari, 2016). En efecto, la dinámica de derivaciones de alienados desde otras instituciones constituyó la marcha característica del establecimiento.

Los pronunciamientos de Cabred, sobre Oliva, expresaban de manera clara la asistencia hospitalaria que se procuraba implementar, organizada bajo los principios del

⁴⁶ Como se desarrollado con anterioridad esta entidad también fue fundada en 1906, como resultado de la normativa aprobada en ese año, y funcionó hasta principios de la década del 40'. Perteneció al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación (Veronelli y Veronelli Correch, 2004; Ferrari, 2016),

sistema de “puertas abiertas”. Las referencias a las virtudes del modelo *Open Door* eran lugares frecuentes en sus expresiones y en esa dirección apuntaron sus palabras conmemorativas durante el acto de colocación de la piedra fundacional y la inauguración del establecimiento:

El asilo responde a los principios de un sistema de puertas abiertas, a un conjunto de disposiciones de orden material y de régimen interno, que tienden todas, á dar al establecimiento el aspecto de un pueblo, á proporcionar á sus moradores la mayor suma de libertad, compatible con su estado de locura, y á hacer del trabajo uno de los elementos más importantes del tratamiento moral. (Cabred, 1908, p.165)

Como se sostuvo en el capítulo anterior, las instituciones *Open Door* que se planeaban desde los proyectos de la CAAHR, como el Asilo Colonia de Oliva, se inspiraban en modelos psiquiátricos del movimiento alienista europeo. Los pilares de esta modalidad de asistencia consistían en la presencia permanente de los psiquiatras en el establecimiento (a diferencia de las visitas médicas reducidas a horarios diurnos característica de los primeros asilos), la ausencia de métodos de contención física (*non restrain*), el tratamiento en libertad y la terapéutica por la ocupación en colonias agrícolas (laborterapia). En el caso de Oliva, la influencia europea se observó a nivel de los postulados teóricos que sustentaban el discurso médico institucional y la organización de su modo de funcionamiento, como cuanto al diseño arquitectónico proyectado a semejanza de la Colonia *Alt-Scherbitz*⁴⁷ en Sajonia- Puerto de Leipzig, Alemania (Ernst, 2010).

Las ideas pineleanas se emplearon principalmente a nivel de la organización y la administración del espacio institucional, diseñado y calculado de manera racional para producir orden y disciplina (Vezzetti, 1985). Al igual que en Europa, en la novel institución, el tratamiento moral fue aplicado de manera colectiva dada la magnitud de la población asistida y se enfatizó en su componente laboral de explotación de sus espacios agrícolas. La idea de construir un espacio inductor de orden, implicaba al mismo tiempo

⁴⁷ El asilo *Alt-Scherbitz* se ubicó en las fronteras de Prusia y Sajonia, entre Halle y Leipzig. Originalmente era una finca privada de 300 hectáreas, que incluía una casa, una granja y una aldea. Fue adquirida por el Estado y se abrió por primera vez como Asilo en 1876, poco a poco se fueron construyendo varios edificios. En 1885 se preveía la atención de 800 pacientes, y las ampliaciones posteriores aumentaron su capacidad para acoger a unos 1000 alienados. Su primer director fue Dr. Albrecht Paetz (Ernst, 2010).

la posibilidad de readaptación del enfermo, en consonancia a los valores sociales dominantes (Eraso, 2002). Asimismo, ciertas ideas científicas avalaban las directrices que reparaban en un *Open Door* rodeado de una extensión de tierra tan vasta. En efecto, el aire libre de la naturaleza característico de las colonias agrícolas era presentado por el discurso higienista como la antítesis a la toxicidad del medio urbano (Eraso, 1999). El Asilo Colonia de Oliva como espacio de tratamiento de la locura reunían el potencial salutogénico que poseía el trato humanizado y el contacto con la naturaleza⁴⁸ (Matusevich, 2017). Por su parte, se aplicaba la tesis de que el trabajo de los alienados permitía la construcción y el mantenimiento de los establecimientos, favoreciendo la reinserción de los internos al circuito productivo (Agüeros y Eraso, 1999).

Para comprender el contexto de conformación de Oliva y los rasgos de sus dinámicas de funcionamiento es importante retomar los distintos factores involucrados en su planificación. En primer término, el objetivo disciplinar se expresaba en la intención de expandir el sistema hospitalario mediante la creación de instituciones Asilos Colonias en el interior del país, conforme a los procesos característicos de la segunda etapa de construcción del dispositivo psiquiátrico argentino (Ferrari, 2016). Este propósito se contextualiza, por un lado, con la realidad social de crecimiento de la población inmigrante, cada vez más numerosa en los manicomios bonaerenses, lo cual acentuaba el hacinamiento institucional en aquellos hospitales (Vezzetti, 1985; Eraso, 1999; Ferrari, 2016). Por otro lado, era notoria la inquietud por el fenómeno de la cronicidad de la alienación mental y sus consecuencias. Por entonces, las posturas etiológicas organicistas estaban aún más reforzadas como consecuencia de la necesidad del alienismo de perfilarse en función del modelo positivista de la medicina, incrementando el pronóstico pesimista de curación de la locura (Falcone, 2012). Hasta el momento en que el Asilo Colonia de Oliva era solo un plan, Buenos Aires había sido la primera y única sede en la configuración del dispositivo psiquiátrico argentino (Vezzetti, 1985; Ferrari, 2016). En este panorama la preocupación disciplinar y estatal radicó en una empresa de difícil consecución: la localización y atención psiquiátrica de un grupo de alienados que crecía conforme a los movimientos migratorios, prometiendo escasas posibilidades de curación.

⁴⁸ Los proyectos de Domingo Cabred, en este sentido, tuvieron la impronta de sus experiencias y aprendizajes en el campo psiquiátrico de Alemania y Escocia (Ernst, 2010).

Las respuestas a esta problemática, requerían de una solución espacial para alojar la masa creciente de internados, como también económica, para subvencionar el gasto que implicaba su manutención. Las alternativas apuntaron a la planificación de estrategias terapéuticas basadas en la laborterapia aplicada en instituciones psiquiátricas de grandes escalas (Vezzetti, 1985; Agüeros y Eraso, 1999; Quérel y Postel, 2000). Los Asilos Colonia fueron diseñados para mantener activos, en un medio higiénico, a aquellos enfermos mentales considerados crónicos, a través de una actividad que resultaba especialmente productiva y favorecía la estabilización de la patología (Eraso, 1999). Estas consideraciones no fueron exclusivas de la elite médica de Buenos Aires, como puede dar cuenta la expresión del médico cordobés y diputado nacional Jerónimo del Barco, que, interesado por la asistencia médica de pacientes del interior del país, apoyaba las propuestas de Cabred de crear dos Asilos Colonia en territorios diferentes a la capital del país⁴⁹:

(...) tenemos, pues, alrededor de setecientos locos en las provincias del interior y otros tantos en las provincias del litoral, completamente abandonados, que estamos obligados a atender. Son fuerzas utilizables, que en una colonia pueden prestar servicios importantísimos a la economía nacional y muchos de ellos pueden curarse. (Del Barco, 1905, p. 9)

En este contexto, la conformación del Asilo Colonia de Oliva en el año 1914, respondió a procesos de más amplio alcance que influyeron en su organización y en el perfil de la asistencia psiquiátrica dispensada. La ubicación del establecimiento en el centro del país fue una decisión estratégica al menos en dos aspectos. En primer lugar, por el recorrido trazado por la línea del Ferrocarril Central Argentino, medio por el cual se estilaba realizar los traslados de los alienados. Esta facilidad de acceso contribuyó a que Oliva cumpliera “el papel inicial y persistente de receptáculo de pacientes” (Requiere, 2000, p.170) y lugar de descongestionamiento de las instituciones bonaerenses (Eraso, 1999, 2002). En segundo lugar, de acuerdo a Eraso (1999) y Ferrari (2016) esta cercanía de Oliva con la capital cordobesa (poco más de 100km.) prometía brindar a los alienistas

⁴⁹ El diputado, hacía referencia al Asilo Colonia de alienados en Oliva (1914), y a la Colonia Regional de Alienados del litoral, ubicada en la provincia de Corrientes (1938) (Eraso, 1999).

que trabajarían y vivirían allí una mayor proximidad con la ciudad de Córdoba y su ámbito académico por excelencia, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional⁵⁰.

La vasta extensión y las características del terreno asignado al Asilo Colonia de Oliva eran propicias para el desarrollo del trabajo agrícola a gran escala. Estudios previos han procurado explicar cómo y por qué para Cabred, la inclusión y extensión de la laborterapia como parte del Tratamiento Moral, constituía el fundamento de la planificación de la asistencia psiquiátrica implementada en este tipo de instituciones (Eraso, 2002). De hecho, la laborterapia propiciaba un estado mental y un espacio de encuentro entre médico y el paciente, pero más aún, acababa representando al tratamiento moral. De acuerdo a las expectativas y problemáticas a las que respondían los proyectos *Open Door*, la terapia por el trabajo marcaba la expansión al máximo de las posibilidades del modelo. Dada la cantidad de enfermos que alojaban estas instituciones, la búsqueda de un trato más personalizado con el paciente, en el que se asentaban los postulados pineleanos desarrollados por Meléndez, cedió terreno a la aplicación colectiva del trabajo metódico, extensivo y reglado, como método terapéutico fundamental en establecimientos de grandes dimensiones.

De manera convergente, la difusión de estos principios, también se entiende a la luz de la expansión del modelo agroexportador, eje del funcionamiento de la economía del país desde finales del siglo XIX⁵¹ (Eraso, 1999). El trabajo, valor de época a nivel mundial y nacional, apareció en escena, por ser concebido como esencia del hombre y, también como síntoma de salud, base de una terapéutica moralizadora cuyo ámbito propicio de aplicación eran las Colonias Agrícolas (Eraso, 1999; Ablard, 2008; Ernst, 2010; Gutiérrez Avendaño, 2019).

De acuerdo a los procesos mencionados, y enmarcada en la Ley de Previsión y Asistencia Social N° 4953, de creación de instituciones de tipo *Open Door*, la apertura del Asilo Colonia de Oliva, desde el inicio, habría representado una solución a nivel de

⁵⁰ Resulta particularmente significativo aclarar que no se ha identificado algún tipo de comunicación académica u otros tipos de conexiones en el sentido apuntado por la historiografía local.

⁵¹ Como ya se ha mencionado, para entonces el país crecía poblacionalmente en forma exponencial, en buena medida por la llegada de un aluvión de inmigrantes europeos en un contexto de creciente producción agropecuaria que se exportaba a Europa (principalmente a Gran Bretaña). Una proporción importante de la población inmigrante se asentaba en los grandes centros urbanos dada la frecuente imposibilidad de conseguir la parcela de tierra (Veronelli y Veronelli, 2004). Para considerar los procesos que dan cuenta del ingreso de Córdoba en los lineamientos del modelo agroexportador a fines del siglo XIX véase Gelman y Santilli (2011).

tres esferas: la espacial (se ubicaba en el interior y serviría para el descongestionamiento de los asilos de la ciudad de Buenos Aires y de la Colonia de Luján), la relativa a la asistencia psiquiátrica (fue la primera institución mixta destinada tanto a pacientes agudos como a pacientes crónicos) y a nivel económico (por sus dimensiones proporcionaría trabajo agrícola a gran escala de pacientes con escasas probabilidades de recuperación) (Eraso, 1999; Ferrari, 2016).

2.1.1. Matriz organizacional de Oliva: 1914-1930

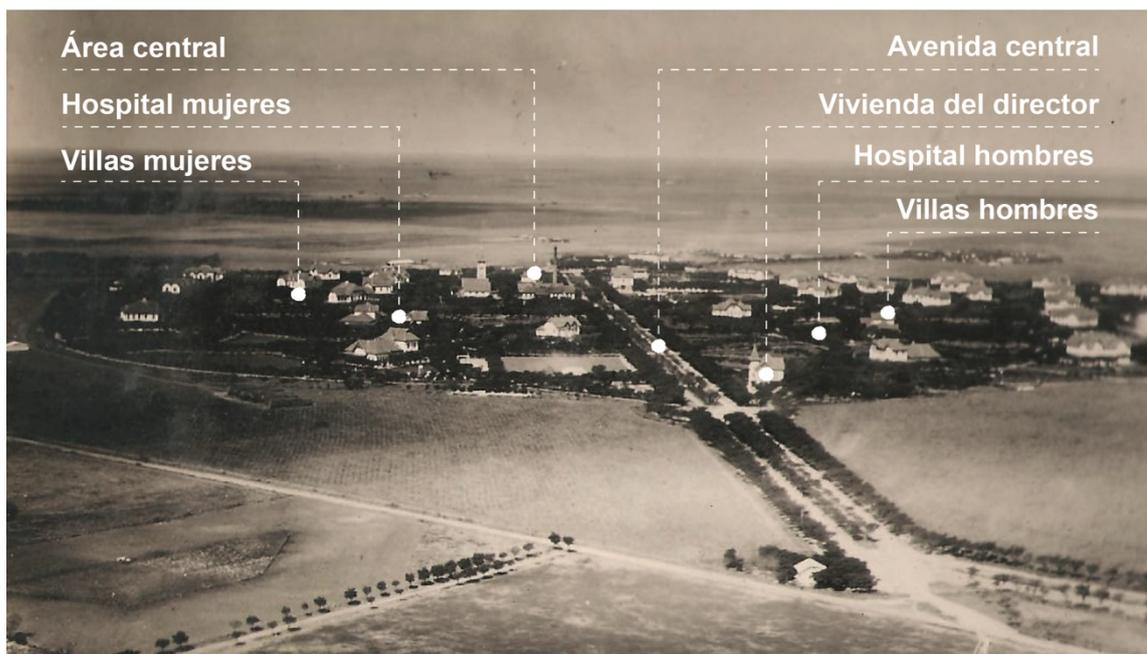
El entramado de circunstancias asistenciales y económicas a las que se buscaba responder con la apertura de Oliva, aunado a los principios teóricos característicos del movimiento alienista, se corporizaron en la estructura de funcionamiento del *Open Door*. El contexto de apertura de la institución y su modo de organización interna, fue objeto de investigaciones por parte de Eraso (1999, 2002, 2010) y Agüeros y Eraso (1999), que abordaron la configuración del dispositivo manicomial implementado desde su fundación (1914) hasta el año 1930.

Es importante destacar que las lecturas realizadas por estas investigaciones respondieron de manera predominante a una perspectiva metodológica afín a los postulados foucaultianos, y, en consecuencia, asociaron el funcionamiento institucional del Asilo Colonia de Oliva, con lógicas de disciplinamiento y control social. Desde esta óptica, sus análisis sobre la matriz institucional, definieron el diseño del espacio físico del establecimiento, como orientado para “condicionar los comportamientos y actitudes de los internos (...) y las funciones del personal (...) y desplegar la organización de la asistencia dispensada a los enfermos” (Eraso, 1999, p.32). En esos términos, la matriz organizacional de Oliva, reflejaría un entramado heterogéneo de vinculaciones recíprocas entre elementos manifiestos (espacio físico, conformación y distribución del personal, organigrama institucional) y simbólicos (clasificación de personas, funciones de personal, disposición de prácticas asistenciales), todos ellos articulados bajo los postulados del alienismo (Eraso, 2010).

En correspondencia con el modelo *Open Door* europeo (en el que los principios pineleanos se aplicaron al orden interno manicomial), el espacio físico de Oliva se estructuró en virtud de una división en dos ejes: la jerarquía del personal y la clasificación de los enfermos (Eraso, 1999, 2002). Respecto a la organización espacial según las

jerarquías del personal que trabajaba en el establecimiento, el peso y la autoridad de la figura del alienista director se expresaban de manera clara en la ubicación de su vivienda: era la primera casa que se presentaba, a partir de la cual se organizaba el resto de la geografía institucional. En línea recta, y hacia el interior, se continuaban las residencias de los otros alienistas y demás médicos internos, junto al personal jerárquico administrativo, que conducían a la zona central del establecimiento (Figura 1). Allí se encontraban la administración, la capilla y un teatro, rodeados de los espacios de taller de laborterapia y servicios generales. Esa zona jerárquica y centralizada se expandía hacia el exterior a través de senderos radiales y circulares que confluían en un total de veinte villas, la mitad de ellas destinadas a alienadas mujeres, y la otra mitad a alienados varones. La imagen de cada villa presentaba el aspecto de pequeños pueblos o islas (con casas tipo Chalets) y en estas zonas residían los enfermos y también el personal subalterno. Las villas se separaban entre sí por jardines que confluían hacia afuera a las extensas áreas de cultivo y pastoreo (área de la Colonia) (Figura 2) (Eraso, 1999; Ferrari, 2016).

Figura 1. Vista aérea desde el ingreso de la disposición de las construcciones del Asilo Colonia de Oliva según la jerarquía del personal.



Ubicación de la vivienda del director del establecimiento (primer edificio), a partir de la cual se organizaba hacia el interior del espacio manicomial el resto de las construcciones edilicias.

Fuente: elaboración propia sobre fotografía disponible en el Archivo del Hospital Emilio Vidal Abal.

Figura 2. Planimetría con ejes de organización del espacio institucional del Asilo Colonia de Oliva.



División del espacio institucional según las jerarquías del personal (eje rojo vertical) y clasificación de pacientes (eje horizontal) en agudos – crónicos / hombres -mujeres en los distintos sectores de asistencia (Hospital –adelante- y Asilo –atrás- / hombres – a la izquierda- y mujeres – a la derecha-).

Fuente: elaboración propia sobre imagen satelital actual extraída de Google Earth.

La figura centralizada del alienista Director tenía a cargo el resto del cuerpo médico y el personal subalterno. En cuanto al cuerpo médico de Oliva, los psiquiatras que trabajaron en los años iniciales del establecimiento se habían formado con Domingo Cabred en la Colonia Nacional de Alienados, el primer *Open Door* del país, situado en Luján (Buenos Aires), ya que en Córdoba se carecía de una instancia de formación especializada (Eraso, 1999, 2002; Ferrari, 2016). Al momento de su apertura, Oliva

contaba con tres médicos psiquiatras: el Dr. Emilio Vidal Abal (director del establecimiento hasta 1940), el Dr. Raúl Álvarez y el Dr. Roberto Landivar, quien fue reemplazado tras su renuncia en el año 1915 por el Dr. Fermín Eguía⁵² (Cabeza, 1942). Colaboraban con las tareas de este grupo de especialistas, el resto de trabajadores auxiliares (personal subalterno) que estaba sectorizado en relación a dos funciones, la vigilancia y la laborterapia. El “personal de vigilancia” se integraba por el encargado de villa, los celadores, los asistentes y los serenos. Todo el personal auxiliar, residía de manera permanente en las villas y mantenía contacto directo y diario con los alienados, desempeñando un rol clave en la aplicación del tratamiento moral y la estimulación a la laborterapia (Eraso, 1999). De esa manera lo aconsejaba el modelo francés, que aplicaba los principios pineleanos a nivel colectivo conservando los postulados del tratamiento moral para organizar el funcionamiento institucional:

El médico no cuida directamente, no actúa por sí mismo; dice la forma en que se debe cuidar y actuar; supervisa la forma en que se cuida y se actúa. El celador [personal de vigilancia] es el depositario inmediato del pensamiento del médico en su aplicación a los cuidados de los alienados; no puede alterarlo, darle otro alcance... no puede más que detallarlo, desarrollarlo y traducirlo. (Bouchet⁵³, 1844, p.54)

En el caso del Asilo Colonia de Oliva, las recomendaciones del propio director para ese rango del personal fueron en la misma dirección, enfatizando en los principios del tratamiento en libertad y ausencia de la utilización de la fuerza física como medida de disciplinamiento (*non-restrain*) (Eraso, 2002). Las instrucciones que regían las actividades reglamentarias para los trabajadores auxiliares, señalaban cómo debían ocuparse de que los pacientes adquirieran hábitos de trabajo, orden y disciplina, a través del modelado del comportamiento y por imitación de sus propios hábitos laborales, realizados a la par de los enfermos, y en ausencia de un trato punitivo y coercitivo:

⁵² Los datos presentados fueron consultados en la Memoria Administrativa publicada en el último Boletín científico que realizó la institución en Abril del año 1942. Como se desarrolla más adelante, desde la habilitación del establecimiento existió una marcada desproporción entre la cantidad de médicos y la población asistida. En promedio entre los años 1914-1916, se estimaba el número de internados en 1300 alienados, lo que arrojaba una relación de 1 médico para 430 enfermos. Respecto a la proporción de personal auxiliar para la época, el promedio anual hasta el año 1934 no superaba la cantidad de 200 empleados pero con marcada movilidad por renuncias y exoneraciones, según los datos aportados por Agüeros y Eraso (1999). Se carece de datos respecto de los cambios ocurridos en el cuerpo médico entre 1915 y 1926, las investigaciones previas describieron la composición del equipo de psiquiatras a partir de la segunda mitad de la década del 1920.

⁵³ Bouchet Camille (1801-1854) fue estudiante de Esquirol quien le recomendó planear la construcción del *Hospital Saint-Jacques* ubicado al oeste de Francia. En ese ámbito, estableció la vida dentro del asilo basándose en la laborterapia (Walusinski, 2018).

debe estimular [al paciente] con el ejemplo; captar su simpatía; debe ser todo lo vigilante que se necesite pero no debe en manera alguna hacer que germine en la mente del enfermo la idea de que está cerca de él para abrogarle que trabaje o para evitar que se fugue ... [estando] prohibido el empleo de amenazas o de medios de coerción de alguna clase. (Reglamento interno del Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva, 1916, art.256)

Las pretensiones del director permiten inferir que su necesidad de instrumentar un trato humanitario, descansaba en el establecimiento de un vínculo positivo entre alienado-personal a cargo, el que, teóricamente, podría desarrollarse en condiciones que permitieran a los trabajadores dispensar un trato más individualizado o en pequeños grupos de enfermos, cuya composición no debía ser masiva. De todas maneras, como se profundiza más adelante, tal aspecto fue de difícil concreción en el caso del Asilo Colonia de Oliva, puesto que la relación proporcional entre el número de enfermos y el personal se encontraba considerablemente desbalanceada, incrementándose estos desfasajes año a año⁵⁴ (Eraso, 1999). Además, como han resaltado Agüeros y Eraso (1999), las relaciones entre este personal y los pacientes revistieron una complejidad digna de mención. Por ejemplo, en la sección Hospital se registraron varios casos de maltratos de parte de empleados que terminaron con la muerte de los ingresados y, en 1921 se llegó a denunciar a un sereno y un “ayudante de sereno” (que en los hechos era un alineado cumpliendo esas funciones auxiliares) por maltrato a los restantes internos del pabellón (Agüeros y Eraso, 1999, p.13).

La ausencia de muros y de métodos de contención física y mecánica que proponía el modelo *Open Door* potenciaba las dificultades asociadas al escaso personal para desarrollar la asistencia. En consecuencia, para sostener el trato humanizado, era menester el ejercicio de un poder simbólico fuerte, a partir de la figura del médico director alienista. En la figura del director se concentraba el manejo centralizado institucional y se depositaban los atributos del prestigio social y del gobierno (Eraso, 1999). La discrecionalidad de su poder era bastante grande y afectaba la vida cotidiana de los internos. Agüeros y Eraso (1999) han mostrado que el permiso de Vidal Abal habilitaba pequeñas libertades muy codiciadas entre los alienados, como por ejemplo vestir ropas

⁵⁴ En el caso de los profesionales, entre 1914-1916 la proporción respondía a 430 asilados por médico (Cabezas, 1942), y para el año 1930 este desequilibrio se incrementó sumando 452 los asilados por médico. Respecto al personal auxiliar, el promedio anual no superó la cantidad de 200 empleados (repartidos en turnos diurnos y nocturnos) para 4000 enfermos a partir de los años 30', según los datos aportados por Eraso (1999).

diferentes al uniforme, conservar la barba o liberarse en parte del régimen colectivo de vigilancia y asistencia. En los hechos, el único poder que se encontraba por encima de esta figura era la CAAHR, la cual tenía a su cargo la discusión y asignación de presupuestos y la supervisión de las gestiones internas, aunque no la organización del dinero en el interior de cada Asilo Colonia (Eraso, 1999).

Respecto al segundo eje de organización y división del espacio físico de Oliva, los diferentes sectores también reflejaban las clasificaciones de los enfermos. Tanto en el caso de los varones como de las mujeres, eran distinguidos, separados y asignados a dos secciones institucionales diferentes y claramente delimitadas: el Hospital y el Asilo Colonia⁵⁵ (Agüeros y Erasó, 1999). La sección del Hospital se ubicaba en áreas próximas a las centrales y era el sector de tamaño más reducido. Estaba destinado a pacientes en estado agudo (considerados recuperables) que requerían asistencia en cama y tratamientos farmacológicos, así como una vigilancia permanente. Por otra parte, el área más extensa denominada Colonia Asilo, se conformaba por grandes pabellones o villas en donde no se requería de vigilancia permanente en su interior, ya que allí residía la población de pacientes crónicos, considerados inofensivos, tranquilos, convalecientes, en donde la terapéutica predominante era la laborterapia (Figura 2) (Vidal Abal, 1935 a).

En este punto, no pueden soslayarse los aportes de Foucault (2015 [1967]) sobre la diferenciación entre salud-enfermedad y normalidad-anormalidad. La clara división establecida en Oliva de dos áreas institucionales habilita una interpretación, según la cual el área del Hospital habría estado destinada a alojar a personas enfermas y el área de la Colonia Asilo a los denominados anormales. A su vez, puede hablarse de la división entre el padecimiento somático (los enfermos) y el padecimiento subjetivo (los anormales), a los cuales se regulaba con particulares modos de vigilancia asistencial. La sección del Hospital, que alojaba a enfermos, requería una asistencia médica “caso por caso” y desde dentro. La del Asilo, en cambio, demandaba vigilancia en los límites, lo que aseguraba que la anormalidad, que residía en las puertas de la diferencia, permaneciera exclusivamente allí (Cohen, 2000).

Los antecedentes historiográficos sobre instituciones manicomiales han señalado como rasgo distintivo del modelo *Open Door*, una disposición de la geografía

⁵⁵ Es importante aclarar, que si bien la descripción de este tipo de distribución espacial en base a la jerarquía de clasificación de los enfermos se realiza a través de una publicación científica del director de la institución publicada en el año 1935 en el Boletín del Asilo de Oliva, su contenido refiere a la organización que el establecimiento sostuvo desde el momento en que se habilitó (año 1914) y continuó al menos hasta la década de 1940.

institucional, que además de organizarse según la jerarquía profesional y la clasificación de los enfermos, se orientaba al ocultamiento del ejercicio del poder (Eraso, 1999; Agüeros y Eraso, 1999). Según las propias palabras de Cabred (1908) el tratamiento en libertad del alienado debía carecer de muros para transmitir al interno una “*la ilusión de libertad completa*”⁵⁶ (p.55). Los elementos arquitectónicos del establecimiento reflejaban la influencia de corrientes positivistas que predominaban en la época en Buenos Aires, dando un aire francés propio de las pequeñas villas destinadas a introducir un orden civilizado a la locura (Ferrari, 2016). Varias características del espacio asilar favorecían una vigilancia latente constante en esos espacios: las villas se encontraban en una superficie sobre elevada del terreno, con un acceso limitado a una escalera, lo que permitía dos cosas: por un lado, el simple acceso visual a través de una mirada que atravesaba toda la morada y, por otro lado, la generación de un espacio cerrado en el cual un paciente podía salir y al mismo tiempo continuar dentro de la construcción, es decir, el interno podía salir a la galería y sostenerse en ese espacio sobre-elevado (Figura 3 y Figura 4) (Eraso, 1999; Ferrari, 2016).

Figura 3. Villas para hombres del sector del Asilo del *Open Door* de Oliva



Edificios correspondientes a la sección de varones del área del Asilo de Oliva donde residían los pacientes considerados crónicos.

Fuente: fotografía disponible en el Archivo del Hospital Emilio Vidal Abal.

⁵⁶ A lo largo del trabajo se utiliza el recurso de resaltado en *cursiva* para señalar aquellas citas textuales inferiores a 40 palabras que rescatan el discurso de los alienistas.

Figura 4. Villas para mujeres del sector del Asilo del *Open Door* de Oliva



Edificios correspondientes a la sección de mujeres del área del Asilo de Oliva donde residían las pacientes consideradas crónicas.

Fuente: fotografía disponible en el Archivo del Hospital Emilio Vidal Abal.

Ahora bien, sin soslayar la fuerza de estas lecturas basadas en los aportes foucaultianos, que insisten en la organización razonada del espacio al servicio del control y disciplinamiento, es posible complementar los análisis de Eraso (1999, 2002, 2010) y Agüeros y Eraso (1999), desde otras perspectivas. En efecto, las autoras parten de una mirada sobre el establecimiento que lo concibe como

un manicomio rural: hospital neuropsiquiátrico y asilo de inválidos (...) [que pudo combinar] los objetivos de exclusión-regeneración-adaptación en su forma más acabada (...) porque (...) operó un programa para moralizar y disciplinar de un modo controlado a las clases pobres (...) con pretensiones de transformarlos en sujetos dóciles, productivos y moralmente sanos. (Agüeros y Eraso, 1999, p.9)

Este tipo de lecturas sobre el Asilo de Oliva, resultan difíciles de visualizar al recuperar los cambios que fue experimentado la fisonomía del establecimiento hacia la década de 1930, conforme a las necesidades y requerimientos materiales experimentadas, derivadas del sucesivo ingreso de pacientes. Desde su apertura, el número de camas disponibles pretendió responder a las demandas de descongestionamiento de las

instituciones bonaerenses (Eraso, 2002), y a menos de una década de su funcionamiento debió duplicar su capacidad asistencial inicial⁵⁷. En la década del 1930 la cantidad de pacientes internados, continuó en crecimiento y llegó a superar cuatro veces, la capacidad para la que Oliva había sido diseñado (Vidal Abal, 1935 a). Este crecimiento exponencial, requirió de reformas edilicias que cambiaron la fisonomía y modo de funcionamiento institucional, y no habrían logrado frenar la progresiva erosión de las condiciones habitacionales y de salubridad. A estas modificaciones se sumaba la ausencia de inversiones suficientes en contratación de nuevos trabajadores y aumentos en las partidas presupuestarias anuales.

Durante los primeros 15 años de funcionamiento, el Asilo de Oliva se caracterizó por la superpoblación y deplorables condiciones infraestructurales agravadas con el correr de los años. Esta situación llevó al gobierno a cerrar sus puertas en dos oportunidades: a mediados del año 1935 (Vidal Abal, 1936 a), a fin de detener los nuevos ingresos y disminuir la cantidad de alienados residentes en el establecimiento (a un promedio de 4000 enfermos), y en agosto de 1939, cuando luego de su rehabilitación, el número de alienados creció nuevamente (a 4.226 pacientes) (Cabeza, 1942).

En consecuencia, el dispositivo psiquiátrico implementado en Oliva, entendido como la red de elementos concretos y simbólicos articulados de manera voluntaria para el despliegue de prácticas profesionales y funciones asistenciales, fue reajustándose en línea con los requerimientos del momento. Las sucesivas adaptaciones que experimentó la institución desde su apertura reflejaron la vinculación entre los cambios edilicios para ampliar la capacidad asistencial (en los años 1919, 1923 y 1925), las reestructuraciones de las prácticas terapéuticas (extensión de la laborterapia en el año 1919) y las redistribuciones del personal técnico (en el año 1926, para compensar la escasez de trabajadores) (Eraso, 1999).

Estos desarrollos, permiten avizorar un panorama institucional complejo que desde sus inicios combinó la escasez de recursos institucionales con una creciente demanda asistencial, cuyo punto más crítico se localiza en la década del 1930, en conjunción a procesos político-económicos nacionales e internacionales y cambios en el escenario de la psiquiatría argentina. Como se profundiza en los próximos apartados,

⁵⁷ Con una disponibilidad inicial para albergar 1400 personas alienadas, su capacidad de camas casi se duplicó durante la década de 1920. Posteriormente, en 1928, alcanzó un total de 2.666 lechos y, el número de pacientes admitidos casi se cuadruplicó en la década de 1930, asistiendo a 5.255 personas en 1934 (Vidal Abal, 1935 a).

retomar el análisis de estas transformaciones, constituye un aporte fundamental para identificar las presiones constantes a la que fue sometida la institución y las principales respuestas articuladas frente a esta situación de crisis que atravesó el Asilo Colonia de Oliva desde su creación.

2.2. La crisis dentro del ocaso

Las investigaciones previas sobre el dispositivo psiquiátrico articulado en Oliva, dieron cuenta de las constantes dificultades que atravesaron los profesionales y los pacientes, como consecuencia de la escasez de recursos que caracterizó al establecimiento. También señalaron que la criticidad de esta situación se intensificó a partir de la década de 1930, impactando de manera significativa en la organización interna y modo de funcionamiento, evidenciando un contexto de crisis institucional (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 2002). Sin embargo, estos antecedentes han dejado múltiples vacíos, entre los que pueden contarse la necesidad de poner en perspectiva algunos factores de la propia crisis, sus antecedentes institucionales históricos y su profundización a partir de los años 30, en el marco de los movimientos disciplinares ocurridos en esa etapa. En efecto, hacia finales de la década del 1920, se asistía al ocaso de los proyectos del tratamiento de la locura mediante el sistema *Open Door*, proyectados por Cabred (Stagnaro, 2006). A partir de entonces, se reconoce una tercera etapa en la construcción del dispositivo psiquiátrico argentino, en que las prácticas profesionales de la psiquiatría se reorientaron hacia la profilaxis mental en espacios extra manicomiales (Talak, 2005; Ferrari, 2016; Allevi, 2018 a, 2018 b).

La lectura de los escritos estadísticos anuales elaborados por el director del Asilo de Oliva a partir de 1930, permiten un primer acercamiento a ese panorama de crisis institucional. El Dr. Emilio Vidal Abal remarcaba como un problema, la mayor intensidad que alcanzaba el incremento de pacientes, número que no cesaba de aumentar y se enmarcaba en una constante falta de personal. Esta situación, según expresaba el alienista en sucesivas Memorias médico administrativas, se intensificó con los años (Vidal Abal, 1930). Si bien Agüeros y Eraso (1999) no avanzaron en estudiar esta realidad a lo largo de la década de 1930, afirmaron que la desproporción entre profesionales y números de asistidos no fue una tensión surgida durante esos años. Como tal, había sido

sistemáticamente expuesta ante la CAAHR como una problemática de larga historia. De manera constante, el alienista director presentó comparaciones de la situación del Asilo Colonia de Oliva con otros establecimientos latinoamericanos y europeos, esgrimiendo ese tipo de datos como fundamento para solicitar aumento del presupuesto en la partida destinada al personal (Eraso, 1999).

Requiere (2000) vinculó este escenario, con las características de la asistencia psiquiátrica en la Argentina en general. La capacidad de los hospitales de la Capital Federal resultaba cada vez más insuficiente, y de ello provenía el amontonamiento de enfermos. Como sucedió en el Asilo de Oliva, en múltiples instituciones, los directores enviaban cartas a las autoridades gubernamentales, y si bien el Estado se mostró diligente para realizar obras de ensanchamiento en hospitales comunes, no se identificó una preocupación similar en lo que refería a aquellos que habían sido construidos para mil alienados y contenían dos mil y seguían recibiendo nuevos, con evidentes consecuencias negativas sobre el funcionamiento del sistema y la salud mental de los internos. En este contexto, resulta interesante la lectura de Requiere (2000) al asociar esta situación de relativa inercia, con el sistema de descentralización implantado por la CAAHR. En función de ello, los Hospitales y Asilos regionales estaban ubicados a veces muy distantes del asiento del enfermo. Por otro lado, se evitaba que las provincias o las municipalidades cuidaran de sus alienados. De hecho -continúa la autora- una vez habilitado el Asilo mixto en Oliva, se derivaron allí casi todos los enfermos del interior del país (Requiere, 2000).

La permanente carencia de recursos materiales y recursos humanos en Oliva, fueron una constante en la institucionalidad alienista, y, ciertas circunstancias políticas y condiciones estructurales del funcionamiento del sistema capitalista implicaron condiciones particularmente críticas. Se ha avanzado en mostrar que la crisis que empieza a transitar el Asilo Colonia de Oliva en la década de 1930 se vinculó al contexto de inestabilidad política del país y de crisis económica mundial y nacional (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 2002; Ablard, 2008). Para el año 1930, el cuerpo médico se conformaba por 8 psiquiatras sobre una población de 3620 alineados, lo que arrojaba un promedio de 452 pacientes por médico interno. La comparación de estos datos con el panorama de años anteriores (cuando la desproporción entre asistidos/profesionales era menor - 432/1-), coinciden en vincular la crisis económica y política nacional con el debilitamiento

institucional referido, mostrando que el aumento de ingresos de enfermos era inverso a la cantidad de personal y recursos institucionales.

La historiografía argentina ha producido en las últimas décadas, una renovación de las imágenes construidas sobre los años 30, que amplían las explicaciones desarrolladas sobre los procesos nacionales en clave exclusiva de crisis político-económica, incorporando otras perspectivas de análisis (Bacoya y Parera, 2020). Estos abordajes, señalan la complejidad del periodo y destacan las transformaciones del Estado, sus instrumentos acción y modos de relación con la sociedad (Di Liscia y Soprano, 2017). A principios de los años 30, el aparato estatal debió dar respuesta a la compleja realidad socioeconómica producto de la crisis internacional. En ese contexto se vio forzado a la tecnificación de sus políticas que incluyeron intercambios y entrelazamientos entre el sector científico-profesional y el Estado. Los movimientos de profesionalización de saberes disciplinares fueron representativos de la etapa y se ligaron a la construcción de la figura del “experto”⁵⁸, como aquel técnico especializado que contribuiría desde su posición de saber a la búsqueda del bien común, en un modo más preciso que el “político” (Neiburg y Plotkin, 2004).

La medicina, entre otras disciplinas, se consolidó como “un saber de Estado” y la psiquiatría no fue ajena al proceso de búsqueda de fortalecimiento y reconocimiento de su campo profesional. Inmersa en un proceso de conquista de legitimidad disciplinar, la especialidad se orientó a ampliar sus ámbitos de acción a espacios académicos nacionales e internacionales, el ejercicio del rol profesional extra asilar y las asociaciones profesionales, estableciendo una red de relaciones e impulsando la difusión social de nuevos enfoques que entraban en contradicción con los postulados básicos del alienismo (Bacolla y Parera, 2020).

La crisis política y económica del periodo de entreguerras constituyó el marco de múltiples ensayos de transformación de las instituciones estatales, proceso que impulsó a escala global la sedimentación de nuevos consensos sobre sus roles y el espectro de sus áreas de intervención (Armus y Belmartino, 2001; Biernat y Ramacciotti, 2018). Es preciso revisar este entramado de factores, para mostrar cómo los distintos elementos se

⁵⁸ En contraposición al “intelectual”, quien reclamaba como fundamento de legitimidad para sus intervenciones públicas una forma de pensamiento global y crítica, sustentada en un conjunto de valores sensibles y racionales (Neiburg y Plotkin, 2004).

fueron articulando en la agudización de los obstáculos que venía experimentando el dispositivo psiquiátrico argentino y el de Oliva en particular.

Frente a la crisis económica de la época y el clima político nacional que repercutían en el funcionamiento de la asistencia hospitalaria argentina, se desarrollaron procesos de tecnificación y profesionalización de diferentes campos del saber (Requiere, 2000). La psiquiatría se visualizó dentro de un panorama disciplinar crítico, en el que la eficacia de los métodos sostenidos hasta el momento fueron cuestionados (Stagnaro, 2012). Los proyectos basados en los principios del alienismo, venían mostrando su falta de efectividad, lo que erosionaba la confianza y el prestigio en la profesión. Mientras se debilitaban los proyectos *Open Door* ideados por Cabred (Iacaponi, 1999; Stagnaro, 2006), la especialidad trabajaba en propuestas alternativas para recuperar la legitimidad profesional. Estos procesos dieron cuerpo a la tercera etapa de construcción del dispositivo psiquiátrico argentino (Talak, 2005; Ferrari, 2016), cuya manifestación suele identificarse con la creación de la LAHM.

La crisis que comenzó a experimentar Oliva en la década del 1930, se vinculó a la agudización de las debilidades y los obstáculos que habían estado presentes desde su apertura (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 1999, 2002, 2010). Los efectos del panorama económico mundial y el escenario político nacional, incrementaron las tensiones (Eraso, 1999), en un contexto disciplinar en transformación, como resultado del debilitamiento del programa alienista (Stagnaro, 2006).

2.2.1. Un declinar en la larga duración

Históricamente, la crisis del *Open Door* puede rastrearse en los ajustes que se operaron en su matriz organizacional desde los primeros años y en los motivos que orientaron las transformaciones. El establecimiento fue reconocido como un lugar estratégico de descongestionamiento de los hospitales psiquiátricos bonaerenses, y su contexto institucional se caracterizó por la constante sobrepoblación de pacientes considerados crónicos, en conjunción a la insuficiencia de recursos materiales y profesionales (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 1999, 2002, Requiere, 2000; Ablard, 2008).

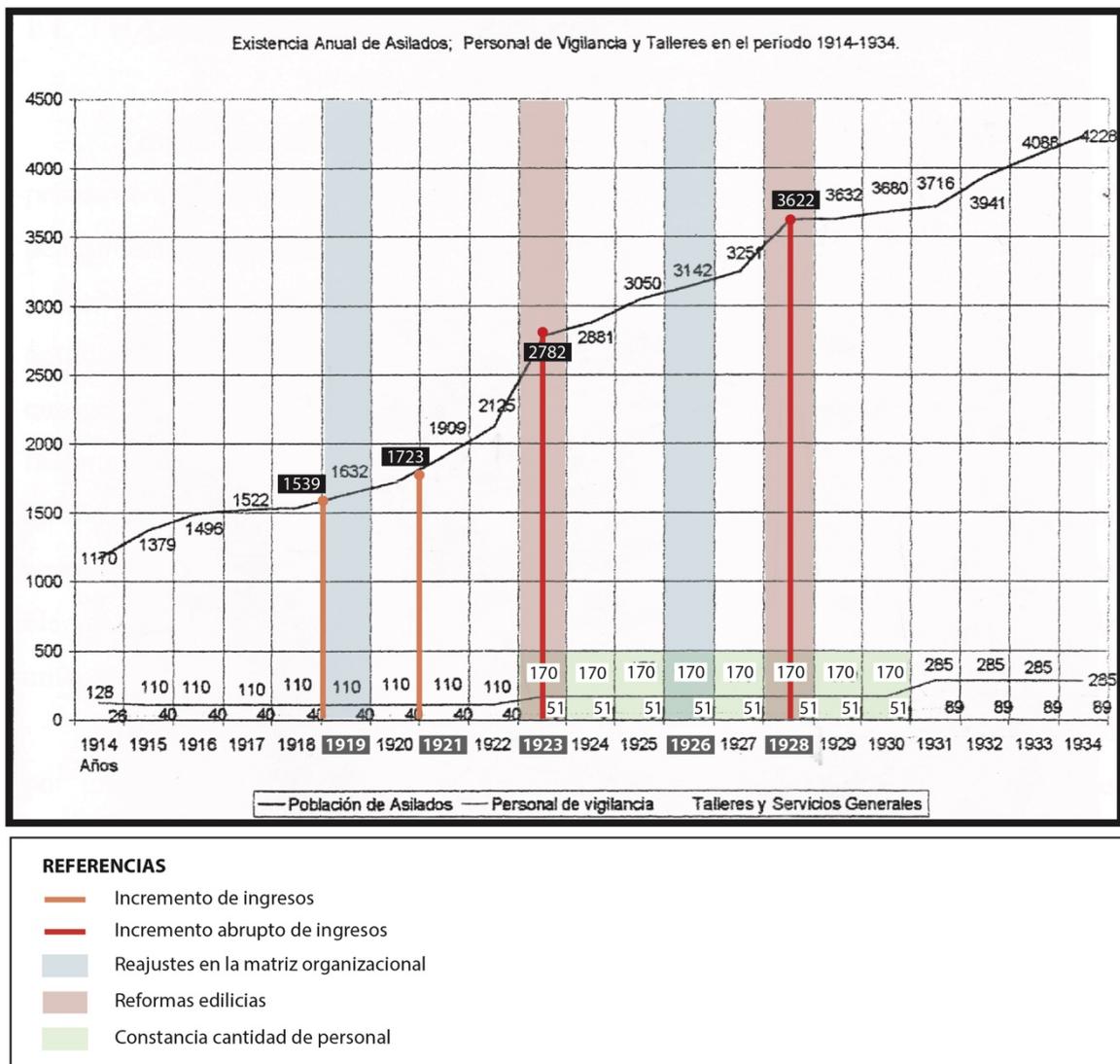
Las memorias institucionales elaboradas por el director del Asilo de Oliva dieron cuenta de este escenario, el que si bien fue invariable desde la apertura, se agudizó a

finales de la década de 1920 (Agüeros y Eraso, 1999). Los reiterados reclamos realizados por Vidal Abal a la CAAHR también fueron una realidad constante. En respuesta a ello, se lograron algunas ampliaciones edilicias en la década del 1920. Sin embargo, estas no se continuaron a lo largo del tiempo, ni habrían logrado frenar la progresiva erosión de las condiciones habitacionales y de salubridad. Con una disponibilidad inicial para albergar 1400 alienados, la capacidad de camas casi se duplicó durante la década de 1920. En 1928, Oliva alcanzó un total de 2.666 lechos (Eraso, 1999), mientras, el número de pacientes admitidos casi se cuadruplicó en la década de 1930, asistiendo a 5.255 personas en el año 1934 (Vidal Abal, 1935 a).

El análisis estadístico desarrollado por Eraso (1999) sobre la relación entre el número de internos anuales y la cantidad de trabajadores (auxiliares y psiquiatras) entre 1914-1930, mostró también la desproporción. Como puede observarse en el gráfico de la figura 5, durante los primeros cinco años de funcionamiento de Oliva, existió una tendencia al aplanamiento del crecimiento poblacional anual (existencia anual de alienados), como consecuencia de la estabilización de los traslados de pacientes desde otras instituciones⁵⁹ (Eraso, 1999; Requiere 2000). No obstante, en 1919 se interrumpió la progresiva disminución del remanente anual de internos, experimentándose a partir del año 1921, un crecimiento exponencial constante, que continuó, al menos, hasta 1929. Completando el cuadro de situación, los ingresos de profesionales psiquiatras y personal auxiliar no se correspondieron con el aumento de pacientes. El periodo de máxima pendiente de la curva de ingresos, ubicado entre 1922-1928, muestra un incremento del 34 % en la población de asilados en Oliva (lo que representa aproximadamente 940 pacientes) sin modificaciones en lo que respecta a la cantidad de personal auxiliar diurno/nocturno (170 y 51 respectivamente) y psiquiatras en la institución (7 profesionales).

⁵⁹ Desde 1914 a 1918, el incremento de internos totales de cada año era menor que el año anterior (209 internos en 1915, 117 internos en 1916, 26 internos en 1915, 17 internos en 1918) (Figura 5), tendencia que se modificó a partir del 1919 y que, como se desarrollará más adelante, fortalece la imagen de la aplicación de la laborterapia como estrategia de aprovechamiento de sus réditos materiales y necesidad de mantener activos a la masa creciente de pacientes.

Figura 5. Existencia anual de pacientes y personal de trabajo 1914-1934



Fuente: gráfico de elaboración propia a partir del proporcionado por Eraso (1999, p.54)

Es importante complementar los datos estadísticos proporcionados por Eraso (1999), sobre el incremento de pacientes y la escasez de personal, con las transformaciones realizadas sobre el dispositivo implementado en el establecimiento durante esos años. Así, la gráfica registra dos aumentos abruptos de pacientes en los años 1923 (con una suma anual de 657 pacientes) y en 1928 (con 361 alienados), lo que concuerda con las fechas en que se efectuaron reformas edilicias institucionales⁶⁰ (Figura 5). La sincronía entre las reformas edilicias y los valores máximos del incremento de

⁶⁰ Es importante adelantar, como se analiza en el próximo capítulo, que los incrementos observados en el año 1928 y 1934, fueron consecuencia de los traslados de alienadas crónicas provenientes del Hospital Nacional de Alienadas con motivo de sus dos clausuras.

pacientes, permiten inferir que los cambios en la fisonomía del establecimiento formaron parte de las adaptaciones que se requerían para aumentar su capacidad de asistencia.

Respecto a los ajustes operados sobre el espacio físico manicomial para ampliar la capacidad institucional, la primera reforma se realizó en el año 1923 y respondió a condiciones habitacionales, pero la de 1928, solo consistió en incorporar camas a los altillos dispuestos en las mansardas⁶¹ de las construcciones, es decir, en ambientes no destinados y adecuados para tal fin, por lo que resultaban insalubres (Eraso, 1999). En este contexto de búsqueda de máximo rendimiento del espacio, también se resguardaron de manera privilegiada aquellos sitios destinados a estimular el espíritu de laboriosidad. Ante la falta de espacio y recursos para construcciones nuevas, las transformaciones habían venido recayendo en la supresión de salones destinados a juegos, esparcimiento y ocio. No obstante, luego del año 1928, pese al crecimiento de la población, no se habrían registrado más reformas ni ampliaciones edilicias (Vidal Abal, 1934 a).

Las ampliaciones edilicias impactaron en la modalidad organizacional del establecimiento y no se acompañaron de inversiones para incorporar personal. En consecuencia, también fueron necesarias adaptaciones a nivel de la distribución de trabajadores y pacientes, y de la disposición de prácticas asistenciales, para paliar los déficits institucionales cada vez más pronunciados. El primer cambio, se operó a nivel de la modalidad de desarrollo de la práctica terapéutica de la laborterapia (en el año 1919) y el segundo en la distribución del cuerpo médico (en el año 1926) (Figura 5) (Eraso, 1999; Agüeros y Eraso, 1999).

La primera modificación (1919) recayó sobre la clasificación de enfermos considerados crónicos que residían en el área del Asilo (Eraso, 1999). Se complejizó la distribución inicial del espacio manicomial que separaba en el Hospital a los casos agudos y en el Asilo a los alienados crónicos. Al criterio científico y moral, se agregó el factor económico según la capacidad de trabajo del enfermo (Eraso, 1999). Las Villas correspondientes al área del Asilo Colonia se subdividieron según dos tipos de pacientes crónicos: *“tranquilos-trabajadores”* y *“tranquilos-inaptos o en condiciones para readquirir hábitos de trabajo”* (Vidal Abal, 1920, p.22). Esta distinción respondía al objetivo de extender la práctica de la laborterapia a la máxima cantidad de alienados

⁶¹ Arquitectónicamente las mansardas son los altillos y espacios de ventilación de la vivienda dispuesto sobre el tejado de la construcción y cubiertas por un techo muy inclinado. En las construcciones típicamente francesas, como las que se realizaron en el Asilo Colonia de Oliva, las ampliaciones edilicias realizadas en las mansardas se refirieron a la incorporación de camas ubicadas en la cubierta superior de los techos inclinados de las construcciones de las Villas de alienados crónicos.

posible (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 2002). De acuerdo a este panorama, el mundo de trabajo fue un ambiente propicio para las relaciones desiguales entre los internos, según su clase social y su género. Según se describe en 1920, el director sostuvo instrucciones sobre la conveniencia de “tratos cariñosos”, especialmente de acuerdo a la “clase social del alineado” (Agüeros y Eraso, 1999, p.15). En cuanto a las mujeres, el *Open Door* como estrategia terapéutica reprodujo claras desigualdades de género, puesto que las nociones de masculinidad y femineidad se irradiaron al espacio de trabajo (Eraso, 1999).

Sin embargo, los resultados obtenidos con esta alternativa de extensión de la laborterapia no fueron suficientes. Los ingresos de pacientes continuaron incrementándose sin incorporaciones de personal médico, ni logró revertirse los déficits de las partidas presupuestarias anuales (Agüeros y Eraso, 1999). En esas condiciones se realizó la segunda reestructuración institucional en el año 1926 que recayó, en esa oportunidad, en la distribución espacial del equipo médico del establecimiento e involucró variaciones en la asistencia recibida por los alienados. La nueva organización, asignaba a todos los psiquiatras internos (seis para ese momento) al área del Hospital, la cual albergaba 662 pacientes, quedando solo uno, el director, a cargo del Asilo Colonia, en el que residían 2480 alienados (Eraso, 2002). A partir de la interpretación que ofrecen Agüeros y Eraso (1999) esta redistribución profesional reflejaba el tipo de asistencia que se brindaba a las personas internadas de acuerdo al área en la que se encontraban: asistencia psiquiátrica en el caso de los enfermos agudos y asistencia social para los enfermos crónicos.

El Asilo Colonia de Oliva al funcionar como centro de derivación de los hospitales de Buenos Aires que presentaban sobrepoblación, no solo reproducía las condiciones de hacinamiento de los hospitales más antiguos, sino también se recrudecía su panorama de recursos insuficientes. Evidentemente, el exceso de personas internadas, de la mano de la escasez crónica de médicos y personal con formación específica, impactaban en el desarrollo de las actividades inherentes al rol del alienista, como por ejemplo, la realización de diagnósticos, la valoración y seguimiento de la evolución de cada caso y la aplicación adecuada de tratamientos especializados.

El panorama crítico de la asistencia psiquiátrica no era excepcional de Oliva. Ligado a los movimientos internacionales de higiene mental, las críticas disciplinares sobre las condiciones en las que se desarrollaba la asistencia en los manicomios se hicieron particularmente visibles a partir de la década de 1930 y tensionaron a todo el movimiento alienista argentino (Vezzetti, 1995; Requiere, 2000). Los profesionales del

Asilo Colonia de Oliva enfrentaron estos cambios en condiciones especialmente desventajosas. Las fuentes consultadas mostraron que estas dificultades no escaparon a la atención del cuerpo médico local, los que interpretaron el avance de las nuevas concepciones de la higiene mental a partir de las restricciones más generales del contexto.

Los cambios estructurales en el modo de funcionamiento del establecimiento no sólo acompañaron las necesidades materiales y demandas de acuerdo al ingreso constante de pacientes, sino también a las dinámicas del campo psiquiátrico de la época. Como se analiza a continuación y en los siguientes capítulos, en los años 30 los fundamentos teóricos disciplinares también estaban en debate, influyendo en los criterios que se utilizaban para crear, delimitar y organizar los diferentes sectores institucionales. Se trazaron nuevas clasificaciones de enfermos y se reorganizaron las funciones que eran prioritarias atender. Ello, a su vez, incidió en las prácticas terapéuticas implementadas y sus fundamentos, como también en las posibilidades de articular la asistencia brindada a los alienados con la agenda teórica de los alienistas.

La confianza depositada en la psiquiatría y en su eficacia como campo científico idóneo para el tratamiento de la locura, se debilitaba por la realidad material y de sobrepoblación de las instituciones manicomiales, que intensificaba la creencia en la incurabilidad de la locura y el descrédito de la efectividad del tratamiento moral. La emergencia de nuevas orientaciones en el campo psiquiátrico argentino, buscaron reconstruir la legitimidad de la profesión, pero en ocasiones, las alternativas entraban en contradicción con los principios del movimiento alienista. Los análisis de González Leandri (2006), ayudan a comprender estas dinámicas, ya que identifican matrices disciplinares en el proceso de profesionalización, como uno de los principios de la organización social del siglo XX. Como se ha mencionado, la figura del “experto”, cuya condición de especialista alcanzaba mediante el juicio pares, adquiría una importancia fundamental en la resolución de problemáticas sociales específicas en la década de 1930.

Ligado a estos procesos disciplinares de alcance nacional, es posible postular, tres tipos de dinámicas que durante la década de 1920 fueron erosionando el dispositivo manicomial implementado en el Asilo Colonia de Oliva y el funcionamiento del modelo alienista, tal como venía en desarrollo hasta entonces. En primer lugar, como se ha insistido desde investigaciones previas, se verificó el crecimiento constante de ingresos de pacientes a Oliva en contraposición a las escasas altas terapéuticas concretadas (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 2002; Ablard, 2008). Se acentuaba así, cierto descrédito sobre el quehacer profesional. A nivel terapéutico, la preocupación por las internaciones

de “por vida” había sido afrontada por la extensión al máximo de la laborterapia, de manera tal que si el alienado no podía curarse, al menos podía autosostenerse sin implicar gasto alguno para el erario público (Eraso, 1999) y además, permanecer contenido y asistido en su enfermedad dentro de las instituciones psiquiátricas de tipo Asilo Colonia. A partir de la década de 1930, la abultada existencia de este grupo de pacientes “crónicos”, más allá de la disposición de éstos para la laborterapia, representaba la prueba concreta de la falta de eficacia de las metodologías terapéuticas del movimiento alienista. El incremento constante de este grupo de alienados cuyas internaciones eran conceptualizadas teóricamente como crónicas, creó las condiciones para la reestructuración de los fundamentos a partir de los cuales se aplicaba la laborterapia.

En segundo lugar, como consecuencia de la necesidad de tecnificación de políticas estatales para afrontar las consecuencias de la economía nacional azotada por la crisis mundial, se originaron procesos de profesionalización en diferentes disciplinas que prometían respuestas efectivas a las problemáticas del “cuerpo social” (Bacoya y Parera, 2020). Se produjo una acentuación del interés higienista y también de la preocupación por intervenir sobre la organización de los males sociales (Solá y Cano, 2009). Pero, la experticia de la psiquiatría identificada con el alienismo, se encontraba debilitada por la ausencia de soluciones, dados los elevados índices de cronicidad hospitalaria (Falcone, 2012).

En tercer lugar, en vinculación a las necesidades estatales del momento, se modificaron los reglamentos que regían la organización de las instituciones de tipo Asilo Colonia, lo que implicó la desarticulación del gobierno alienista. Como respuesta a la gran crisis económica de 1929, el gobierno de Justo (1932-1938) aplicó políticas de centralización y fiscalización del gasto público, que generaron limitaciones en las atribuciones técnicas y administrativas que concentraba la CAAHR. En 1932, por decreto del Poder Ejecutivo de la Nación, la administración de los asilos y hospitales regionales pasó a estar a cargo de la Dirección de Administración del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, relegando a la CAAHR el asesoramiento exclusivamente médico de las instituciones (como se cita en Eraso, 1999, p.83). De esta manera, se terminaba con otro de los principios básicos del alienismo: el poder absoluto de decisión del alienista director y su máxima autoridad y competencia en la toma de decisiones médico-científicas y económico- administrativas.

El debilitamiento institucional del Asilo Colonia de Oliva siguió manifestándose a largo de toda la década de 1930, evidenciándose características locales en el proceso que Stagnaro (2006) denominó el “ocaso de los proyectos de Domingo Cabred” (p.13).

2.2.2. La Liga de Higiene y los desafíos profesionales

La creación de la LAHM y los nuevos postulados en materia de atención de la patología psiquiátrica, alteraron la dinámica de encuentro entre el movimiento alienista e higienista, que se había establecido en las últimas décadas del siglo XIX propiciado la construcción del dispositivo psiquiátrico argentino (Vezzetti, 1985). El alejamiento entre ambas corrientes, al promediar la década de 1920, introdujo nuevos factores críticos a las tensiones ya experimentadas por el cuerpo médico del Asilo Colonia de Oliva. Hasta el momento, se ha soslayado en los análisis la confluencia de estos factores al considerar los escritos institucionales de Vidal Abal.

Para analizar la relación existente entre la agudización de la crisis institucional atravesada por Oliva en la década de 1930 y el fortalecimiento del movimiento de higiene mental es importante retomar los abordajes desarrollados por Allevi (2018 a, 2018 b, 2019) sobre los procesos de profesionalización de la psiquiatría argentina de entreguerras (1919-1939) ⁶². Sus investigaciones, mostraron cómo las lógicas disciplinares para reconstruir la legitimidad de la especialidad implicaron el distanciamiento respecto a los modelos conceptuales tradicionales sostenidos hasta ese momento. La realidad de las instituciones manicomiales reforzaba el descrédito sobre la idoneidad de la psiquiatría, y en consecuencia el proceso de profesionalización buscó la autonomía de la especialidad dentro del campo de la medicina a través de nuevos enfoques. El movimiento de higiene mental enfatizaba en la necesidad de diferenciar la psiquiatría del alienismo y la neurología (Allevi 2018 b). Esta fractura interna dentro del campo psiquiátrico, evidentemente cuestionaba la legitimidad profesional de los alienistas del Asilo Colonia de Oliva, que corrían el riesgo de ser excluidos como sujetos expertos del campo disciplinar.

Se ha explicado en el capítulo anterior que el desarrollo del dispositivo hospitalario para el tratamiento de las enfermedades mentales y su vinculación con los

⁶² Cabe destacar que aunque el autor profundiza particularmente en las dinámicas del campo psiquiátrico rosarino, sus trabajos contextualizan dinámicas de mayor alcance que aportan datos relevantes sobre la psiquiatría argentina en aquellas geografías identificadas como las principales ciudades del país en esa época (Buenos Aires, Córdoba y Rosario).

procesos de conformación del Estado nacional, fueron fundamentales en las dinámicas de medicalización de la locura durante el siglo XIX (Castel, 1980). Para erigirse como campo científico, la psiquiatría debió realizar modificaciones en sus modelos explicativos de la alienación mental. Las elaboraciones del movimiento alienista, incorporaron progresivamente postulados organicistas y un mayor énfasis en la exploración anatomopatológica de acuerdo a los lineamientos propios del campo de la medicina generalista (Castel, 1980; Vezzetti, 1985). En ese recorrido histórico, la disciplina se alejó de saberes considerados más especulativos (como la filosofía) aproximándose al campo de la neurología y, en consecuencia, reajustó sus sistemas de clasificación diagnóstica y sus prácticas terapéuticas.

El resultado de este proceso derivó en dos aproximaciones disciplinares que convivieron sin mayores dificultades, y reconocieron a los hospitales psiquiátricos y Asilos Colonia como espacio de formación y ejercicio profesional (Falcone, 2012). El modelo psicogénico (del alienismo propiamente dicho) fue aplicado para organizar el funcionamiento institucional, y el modelo organicista (más representativo de la corriente neuropsiquiátrica) avanzó en indagaciones y elaboraciones sobre clasificaciones y etiopatogenia (Falcone, 2012). El Asilo de Oliva sirve de ejemplo sobre la convivencia de ambos enfoques disciplinares sin mayores inconvenientes. Los integrantes del cuerpo médico se autodenominaban como “*alienistas*” o “*neuroalienistas*”, según el mayor o menor grado de filiación de su formación profesional respecto al campo de la neurología (Hernández Ramírez, 1935 a). En las discusiones de casos clínicos, cada tendencia profundizaba según su área de interés y, de hecho, no consideraban “*a la psiquiatría [identificada con el alienismo] y la neurología como especialidades distintas*” (Hernández Ramírez, 1935 b, p.155).

Sin embargo, a partir de la década de 1920, las propuestas de la higiene mental desarrolladas por un sector de la elite psiquiátrica, se presentaron como una tercera orientación de la psiquiatría argentina que entró en contradicción con las tradiciones sostenidas hasta el momento y disputó la pertenencia del campo disciplinar (Allevi, 2018 b). En efecto, tanto la perspectiva más a fin a los postulados pineleanos, como aquella que se había enfocado en el estudio anatomopatológico y experimental de la locura, asumían la etiología predominantemente endógena de las enfermedades mentales. En cambio, los desarrollos de LAHM, señalaron a los factores exógenos que rodeaban a las personas como condicionantes de la patología. En consecuencia, propuso un reenfoque del accionar profesional hacia ámbitos extra asilares, para la detección precoz

de las enfermedades mentales, lo cual era una realidad ajena a la intervención del alienismo que lidiaba en instituciones cerradas con la figura de la cronicidad. En el marco de las dinámicas de profesionalización de la psiquiatría, el problema central radicó en la falta de acuerdo para la designación del profesional más idóneo para el ejercicio de la profesión, comenzando así el debate y las tensiones internas entre los alienistas/neurólogos y los psiquiatras (Allevi, 2019).

Los análisis de González Leandri (1999 a, 1999 b), son útiles para contextualizar el interés que motorizó las propuestas del movimiento de higiene mental argentino y las novedades que incluía. El énfasis en la consideración de los factores exógenos o ambientales como agentes causales de la enfermedad, que se sumaban a la etiología endógena (en la que venían insistiendo tanto el alienismo, como la neurología), vinculaba la psiquiatría a los intereses de Estado⁶³, y también a las orientaciones que proponía la medicina social⁶⁴ del momento para consolidarse como saber del Estado (Zimmermann, 1995).

Al señalar como campo de intervención los espacios extra manicomiales y enfatizar en la profilaxis y detección precoz de estados de pre alienación, el programa de la Liga, ampliaba las posibilidades de acción del campo de saber psiquiátrico (Allevi, 2018 a), en una estrategia de reconquista de su legitimidad profesional. Es importante recordar, que la importancia y eficacia atribuida a lo disciplinar para el tratamiento de la locura, se encontraba cada vez más cuestionada por la realidad material y de sobrepoblación de las instituciones manicomiales, que intensificaba la creencia en la incurabilidad de la locura y el descrédito de la efectividad del tratamiento moral, realidad con la que lidiaban los alienistas del Asilo Colonia de Oliva.

La incurabilidad de la patología se presentó como un desafío para la psiquiatría que debía ofrecer respuestas al problema de la cronicidad. La búsqueda de alternativas disciplinares en el marco de un panorama de escasos recursos terapéuticos, otorgó mayor legitimidad a las orientaciones disciplinares con propósito de intervenir en “defensa de la

⁶³ Como ha sido desarrollado en apartados anteriores, durante las primeras décadas del siglo XX, el Estado comienza a intervenir en la preservación de la salud pública y las condiciones sanitarias de la población con el fin de restablecer el orden social.

⁶⁴ La medicina social, avocada a la “cuestión social”, como parte del proceso de profesionalización, dirigió su mirada al campo más amplio de la comunidad para a partir de allí promover una armonización entre saberes e intervenciones sobre el individuo, planificando las prácticas profesionales en función de sus resultados sobre el conjunto social. Desde una concepción higienista asumía que las condiciones de vida y el medio social que rodeaba a la persona podían actuar como elementos perniciosos en la constitución biológica de los individuos (Zimmermann, 1995).

sociedad”⁶⁵ (Talak, 2006 a). La teoría degeneracionista jugó un papel primordial en este giro social de la psiquiatría. Desde esta perspectiva, otros fenómenos relacionados con la marginalidad urbana de fines del siglo XIX (la delincuencia, la prostitución, el alcoholismo y las toxicomanías) fueron vistos como efectos o causas de un proceso de degeneración con carácter hereditario que requerían de la intervención de los psiquiatras (Allevi, 2016). A partir de la consideración de la carga genética defectuosa como elemento predisponente a la enfermedad mental (y dado que la modificación de esa herencia era un proceso de largo plazo) los especialistas se interesaron por contrarrestar los factores sociales que favorecían la degeneración y reproducción de las patologías psiquiátricas consideradas incurables, que aumentaban exponencialmente y que sólo podían ser controladas mediante medidas preventivas. Lejos de centrar su atención exclusivamente en el individuo degenerado, la disciplina psiquiátrica se propuso actuar en el terreno social, convirtiéndose así en la base de un amplio programa de salud pública e higiene preventiva (Dovio, 2017)⁶⁶. Sobre ese horizonte de nociones y objetivos, uno de los primeros semiólogos en el campo de las enfermedades psiquiátricas pronunciaba para mediados de la década de 1930 que “La buena higiene mental no sólo consiste en prodigar cuidados al caído, sino también en propender a que su mal no repercuta hereditariamente sobre la futura raza” (Ameghino, 1935, p.134).

La creación de la LAHM, entonces, formó parte del proceso de profesionalización de la psiquiatría (Allevi, 2018 a, 2018 b). Sus posibilidades de institucionalización fueron el resultado de la articulación de diversas estrategias desarrolladas por un grupo de especialistas, que reorientó el ejercicio profesional en relación a los tópicos que atravesaban los intereses y preocupaciones estatales, junto a los lineamientos generales del campo de la medicina.

De este modo, se comenzaba a construir “una psiquiatría reformista y progresista que no se redujo a ser una más de las especialidades médicas sino que insertó su práctica en lo social” (Gentile, 1998, p.3). Por lo tanto, buscó orientar su accionar a la tutela del Estado. Estos datos señalan las condiciones que permitieron el posicionamiento de los

⁶⁵ En Argentina a diferencia de lo sucedido en Europa, el movimiento de Higiene Mental fue esencialmente psiquiátrico y surge en el interior de la especialidad, como consecuencia de la preocupación por ciertos obstáculos disciplinares y sobre la base de ideas eugenésicas y degeneracionistas (Talak, 2006 a).

⁶⁶ Dovio (2014) analiza los proyectos legales sobre “peligrosidad” que fueron presentados en el congreso de la nación argentina, entre 1924 y 1928. Cobró gran importancia la noción de peligrosidad, ya que, entre otros, designó a quienes podían virtualmente atacar el régimen establecido. Además, fue vinculada en este periodo a la doctrina de la defensa social “entendida como el derecho de la sociedad de defenderse de todo individuo o grupo que atentara o pudiera dañar potencialmente al cuerpo social” (p. 97)

psiquiatras como actores expertos, así como el debilitamiento de la figura de legitimidad de otros; los alienistas y neurólogos (Gentile, 1998).

En lo que respecta a las instituciones manicomiales, la creación de la LAHM y sus directrices hacia la profilaxis, acentuaron hacia la tercera década del siglo XX la función higienista extra asilar (Talak, 2006 a; 2006 b). Ello iba claramente en detrimento de los objetivos institucionales desarrollados por los alienistas “puertas adentro”. En esta línea, los escasos recursos estatales se focalizaron en las propuestas de la Liga para la apertura de servicios ambulatorios, campañas preventivas, dispensarios psiquiátricos, consultorios externos, etc. Como se analiza más adelante, esta inversión, no impactó de manera igualitaria en los diferentes espacios del territorio nacional (Requiere, 2000).

En principio se debilitó la comunión alcanzada en la década de 1880 entre el alienismo-higienismo y a partir de estos nuevos deslizamientos, se reconfiguró la relación entre ambos movimientos. Sus rasgos diferenciales se pronunciaron cada vez con mayor intensidad al promediar la década de 1930 (Vezzetti, 1985). Las propuestas de los psiquiatras que representaban al movimiento de la higiene mental, mostraron una mayor porosidad que el alienismo a los postulados higiénicos de la medicina social. El énfasis en la necesidad de intervenir sobre las condiciones socio-ambientales que rodeaban a las personas, apuntaba a un objetivo profiláctico asociado al orden y progreso social. En contraposición, los psiquiatras alienistas, alojaban en el ámbito de su ejercicio profesional, los Asilo Colonia, a aquellos individuos que habían resultado indeseables en el seno de la sociedad, y cuya reinserción era vista con recelo por su potencial pernicioso.

Todo este contexto, que impulsaba la expansión hacia el terreno social de la psiquiatría, como también, de la agenda disciplinar de la medicina y los intereses del estado (Zimmermann, 1995), resquebrajaban los principios básicos del alienismo, que quedaba replegado sobre sí con un espacio restringido de acción (el manicomio). Las denuncias sobre la falta de efectividad terapéutica del tratamiento moral y, la abolición del simbolismo de autoridad y poder de la figura del alienista director ponía en jaque el funcionamiento institucional, sumando dificultades a la impronta cuestionada y debilitada del alienista como experto de la psiquiatría.

Desde su apertura, en el marco de las inclemencias materiales, el cuerpo médico del Asilo de Oliva había procurado sostener la tradición alienista modelada por los postulados del tratamiento moral en lo concerniente al orden interno de las instituciones (Eraso, 1999), así como el enfoque organicista en las explicaciones sobre las enfermedades mentales. Hasta la década de 1930, la insuficiencia de recursos

institucionales había generado reclamos hacia el Estado y potenciando estrategias tanto de redistribución del cuerpo médico, como de intensificación de la laborterapia como modalidad de sostenimiento institucional (Agüeros y Eraso 1999). Sin embargo, hacia finales de 1929, los esfuerzos del cuerpo médico no solo debieron dirigirse a solventar las necesidades materiales insatisfechas, sino también a afrontar las críticas y las presiones que recibían las instituciones manicomiales y sus profesionales, por parte de los colegas identificados con la nueva reestructuración del movimiento higienista nacional, propuesta por la LAHM.

El análisis de los elementos disciplinares que tensionaron la estructura del Asilo Colonia de Oliva durante la crisis que comienza en los años 30, permite mirar las permanencias y cambios que caracterizaron esta nueva etapa; persistencias y novedades, que son consecuencias de un conjunto de respuestas e inercias que sostuvieron a los alienistas locales como protagonistas.

2.2.3. Los nudos borromeos durante la década de 1930: respuestas institucionales en Oliva

Los procesos repasados, permiten identificar el entrelazamiento de tres dominios que definían la problemática disciplinar enfrentada por los alienistas de Oliva. En primer lugar, se encontraba el fenómeno de la cronicidad. El paciente crónico y su abultada presencia institucional erosionaba su autoridad como expertos, pero, al mismo tiempo, este grupo de pacientes aseguraba la existencia del rol profesional de los alienistas y sus instituciones, que se encontraban en los márgenes de las propuestas de la LAHM. El segundo dominio estaba representado por la legitimidad profesional, la cual dependía de la capacidad de respuesta que los médicos locales pudieran ofrecer al paciente crónico. En consecuencia, el tercer dominio estaba conformado por los desarrollos disciplinares en materia de conceptualizaciones y terapéuticas específicas. Este último dominio, en la medida que buscaban intervenir sobre el fenómeno de la cronicidad, se vinculaba con los otros dos mencionados.

La imbricación entre estos tres registros conformaba una tipología de nudo borromeo. Desde la teoría de los nudos, la propiedad distintiva de este tipo de entrelazamiento es que basta con la ruptura de un lazo para que la estructura y sentido de conjunto se disperse.

El programa de la LAHM al focalizarse en un dominio ajeno a la cronicidad, logró sortear este entramado de desafíos. Sin embargo, las respuestas de los alienistas de Oliva debieron propender a conservar el anudamiento que alojaba el sentido de su profesión. De esta manera se enfocaron en desarrollar elaboraciones conceptuales y prácticas que tuvieran a la cronicidad como una figura destacada de intervención, pero que los acercara a resultados positivos sobre este dominio, para recuperar la legitimidad como expertos.

Los años 30 abrieron una etapa que involucró múltiples novedades en el Asilo Colonia de Oliva, las cuales se han identificado tanto a nivel de la agenda científica en materia de indagaciones teóricas en la especialidad, como en cuanto a las prácticas de intervención terapéutica propuestas y articuladas en la institución. En primer término, estos clivajes remiten a las posibilidades de rastrear dichas configuraciones. Para ello se parte de reconocer con Allevi⁶⁷ (2018 b) que la Liga de Higiene Mental desarrolló su programa de intervenciones en Buenos Aires y promovió un conjunto de “comités regionales” (p.5) en las ciudades de Rosario, Mendoza y también en la ciudad de Córdoba. Hasta el momento impera un vacío historiográfico en relación a la configuración del Asilo Colonia de Oliva durante esa etapa. En ese sentido, tampoco los abordajes existentes revelaron vinculaciones entre aquel comité regional de la Liga y los profesionales de Oliva, abriendo interrogantes sobre esta agenda y los actores locales implicados en la materia.

Según muestran las fuentes consultadas, durante estos años, los profesionales alienistas lejos de adoptar un posicionamiento pasivo frente a las nuevas circunstancias, generaron un conjunto de producciones y actualizaciones al interior de la institución, no sólo para lidiar con la crisis económica y política, sino también orientadas a responder a la agenda disciplinar de época. De hecho, se rastrean innovaciones institucionales que buscaron reivindicar y consolidar el rol alienista y su especialidad, como campo de saberes y prácticas posibles dentro de la psiquiatría argentina.

Según se profundiza en los capítulos siguientes, estos funcionarios especializados (dado su interés de no quedar excluidos del campo disciplinar y resguardar su figura de

⁶⁷ De acuerdo con los aportes de Allevi (2018 b), en 1929 los vínculos entre Rosario y Buenos Aires se consolidaron con la creación de la LAHM, asimismo, hacia fines de la década de 1930 el autor ha estudiado el progresivo ingreso de la higiene mental como un saber a disposición del Estado en la provincia de Santa Fe. La concreción de proyectos se produjo por la apelación de una serie de expertos a distintos funcionarios, moviéndose a partir de ello hacia una lógica de política pública, “(...) donde el diseño de proyectos surgía desde agencias estatales tomando como base el paradigma de la Higiene Mental” (Allevi, 2016, p.68).

médicos autorizados) incorporaron cambios en sus prácticas que respondieron a la interpelación de los postulados de la LAHM. No obstante, el desarrollo de esa agenda fue complejo, involucrando discursos heterogéneos, así como, configuraciones teóricas y prácticas concretas, que manifestaron la tensión existente entre la introducción de los nuevos supuestos y el sostenimiento de la legitimidad del modelo que venían desarrollando, ya que en última instancia, era lo que validaba su presencia institucional como profesionales.

Una exploración inicial mostró que los cambios institucionales fueron una suerte de réplicas frente a las interpelaciones en marcha, que involucraron diferentes áreas de acción. Algunas se enfocaron hacia el interior del espacio manicomial, y otras alternativas se avocaron a resolver el vínculo de los alienistas con elementos del espacio extra asilar.

Una novedad destacada de la etapa estuvo representada por la creación de la primera revista científica institucional: el Boletín del Asilo de Alienados de Oliva, surgido en el año 1933. Desde la mirada de los médicos del establecimiento, la creación de la revista científica respondió a “*los principios de producción teórica y divulgación científica propuestos por el movimiento de la Liga Argentina de Higiene Mental*” (Vidal Abal y Soler, 1934, p.23).

El Boletín fue editado desde el año 1933 hasta el año 1942 y permitió la visibilización del panorama institucional: las publicaciones detallaban los datos sobre población internada, movimientos de recursos materiales anuales y la comunicación sostenida con el organismo que supervisaba el modo de funcionamiento institucional, la CAAHR. También, los escritos ilustraban las tareas a nivel de producción teórica local y aplicación de técnicas terapéuticas, el nivel de formación e instrucción del cuerpo médico y ponía de manifiesto el intercambio de ejemplares con otros establecimientos nacionales e internacionales de aquellos años.

Los Boletines del Asilo de Oliva presentaban una estructura definida que incluía en su portada una fotografía de diferentes espacios institucionales, generalmente referidos a ámbitos de aplicación de la laborterapia (costurería, áreas de cultivo, fábrica de ladrillos, etc.), seguida de la publicación de las Memorias Administrativas Anuales presentadas por el director de Oliva a la CAAHR. A continuación, se encontraba el corpus más extenso de cada número formado por los artículos científicos que escribían los profesionales del establecimiento, originados según el interés y conocimiento de cada uno. La sección denominada “Revista de revistas” se encontraba luego de los artículos y reunía breves

resúmenes de publicaciones actualizadas en materia de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales de diferentes instituciones y revistas nacionales e internacionales.

El Boletín del Asilo de Oliva obtuvo el reconocimiento de la CAAHR, que valoró su interés y alcance científico, a partir de lo cual propuso que se desarrollara una instancia similar en el resto de las instituciones psiquiátricas nacionales (Res. N° 31, 23 de Febrero de 1934). De esta manera, y tal como lo manifestaron los alienistas locales, la revista alcanzaba el deseo de reconocimiento y legitimación del accionar del cuerpo médico y la búsqueda de posicionamiento en la comunidad científica nacional e internacional.

En el año 1935, a cada publicación del Boletín se agregó el registro detallado de la segunda innovación institucional: las Conferencias de Médicos del Asilo de Oliva. En la misma línea que el surgimiento del Boletín, la creación de estas reuniones de Médicos de Oliva, había respondido, al objetivo de generar un espacio institucional para el aprendizaje, discusión y difusión de conocimiento científico, mediante la presentación de casos en ateneos clínicos compuestos por los alienistas locales y la generación de espacios de debates inherentes a la organización institucional y asistencia a eventos científicos:

Bajo la designación de “Conferencia de médicos del Asilo de Oliva”, queda constituida una agrupación de carácter científico formada por el Cuerpo Médico del establecimiento. El objeto (...) será la presentación, en reuniones periódicas ad hoc, de trabajos, estudios, reseñas, observaciones clínicas, biológicas, y toda otra especulación científica de utilidad colectiva, dentro de la especialidad que se ejercita en el Asilo de Oliva y asuntos afines. (...) El órgano de difusión de los trabajos será el “Boletín del Asilo de Oliva”. (Barrancos, 1935 b, p.139)

Tanto el Boletín institucional, como la Conferencia, se estructuraron como espacios de reflexión, discusión, interlocución y producción teórica en materia de diagnósticos, modelos etiológicos y sustentos conceptuales de la “locura” y de las prácticas terapéuticas. Es de destacar que, en ambas producciones, el paciente crónico fue el protagonista y destinatario del discurso médico psiquiátrico, a diferencia de lo que sucedía en la agenda disciplinar nacional del momento, más abocada a dirigir su mirada a estados iniciales de la patología (Talak, 2005; 2006 b).

Además de constituir un objeto simbólico de importancia en la institucionalidad alienista, el Boletín del Asilo de Oliva representa una fuente útil para recuperar el discurso teórico del cuerpo médico. Las publicaciones realizadas evidenciaron las mutaciones de

los sistemas taxonómicos y causales de la patología mental y la búsqueda de nuevos referentes teóricos y modos de aplicación de la laborterapia en medio del contexto de crisis institucional y modernización del rol del psiquiatra.

Las innovaciones institucionales del establecimiento, continuaron sucediéndose durante la década de 1930, evidenciando un ritmo dinámico en el cuerpo médico de Oliva. Además, también se efectuaron nuevas transformaciones en la matriz organizacional que buscaron optimizar los elementos disponibles en el Asilo de Oliva para utilizarlos en provecho según los principios disciplinares. Durante estos años la persistencia de respuestas estatales insuficientes frente a los reclamos por recursos materiales y la escasez de profesionales, constituyeron parte de una historia reconocida.

De hecho, el panorama adquirió mayor criticidad, ocasionando que en dos oportunidades se cerraran sus puertas para nuevos ingresos. La primera clausura fue en el año 1935, a solicitud del propio director y, luego, pocos años después, se repitió la misma situación crítica en 1939. Estos cierres fueron realmente sintomáticos de la profundidad de la crisis de esta década. Al finalizar el periodo en estudio (aunque enmarcado en procesos particulares) el golpe de Estado del año 1943 produjo el retiro de los profesionales del establecimiento, al igual que ocurrió en la Colonia de Luján de Buenos Aires⁶⁸ (Maldonado, et al. 2002)

No obstante, este escenario también propició una serie de proyectos y la introducción de nuevas reorganizaciones en el personal de la institución, que en palabras del director del Asilo, reflejaban una *“mejor política económica institucional, en provecho de los resultados (...) científicos y terapéuticos que pueden alcanzarse”* (Vidal Abal, 1937 a, p.178)

En el año 1937 se introdujo un cambio en el modo de organizar al equipo de psiquiatras, compuesto en ese momento por 15 profesionales⁶⁹ que trabajaban en el establecimiento. Según los registros del Boletín, esta propuesta fue debatida por el equipo médico en el año 1935, presentada a la CAAHR un año más tarde (Vidal Abal, 1936 b) y finalmente aprobada y concretada en 1937 (Vidal Abal, 1937 a).

Hasta el momento, y según las transformaciones que se habían operado en 1926, el sector del Asilo estaba a cargo de un único alienista, el director, y el resto de los

⁶⁸ De la mano de la centralización nacional, cristalizada en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, incluso, se estableció por decreto el cambio de nombre de la institución por “Colonia Hospital Psiquiátrico” (Decreto N° 12311, 1943)

⁶⁹ La cantidad de médicos internos consta en la primera página de presentación del boletín de Asilo de Oliva de ese año.

profesionales se dedicaba a tareas en el área del Hospital. En esta oportunidad, la reforma propuso que todo el equipo trabajara en ambos sectores del establecimiento. El área del Asilo se dividió en tres servicios de asistencia que quedaron a cargo de los psiquiatras y del personal auxiliar. Los servicios ofrecidos en la sección del Asilo se dividieron en “servicios médicos generales” desarrollados por los alienistas, que comprendían cuidados médicos quirúrgicos (clínica médica general, clínica quirúrgica general, pulmonares, coléricos, partos y niños, sífilis, sarna); “servicios médicos”, también a cargo de los psiquiatras, que incluían cuidados y tareas inherentes a la especialidad y, “servicios sociales” a cargo del personal auxiliar (Vidal Abal, 1937 a).

Estas nuevas disposiciones a cargo del director, estaban orientadas a una mayor especialización y sectorización de la labor profesional médica, como también a una mayor profesionalización del personal auxiliar (enfermeros o asistentes), los que eran encargados de “tomar debida nota” de la salud de los alienados crónicos “preferentemente en cama” de la sección del Asilo, que no estaban siendo objeto de atención médica:

No se me oculta que, posiblemente, ocurrirían las cosas de muy otra manera, si en las citadas secciones (...), el personal auxiliar de enfermeros o asistentes, (...) tomaran debida nota de la salud de los asilados; pero, así no son las cosas al presente y a esta finalidad tiende el esfuerzo que procuramos con esta reorganización. (...) [Para que], los actuales servicios llamados de “crónicos en cama”, o sea las villas “B”, “E”, “L” y “N”, [que] suman en total una población de 900 personas, puedan recibir la asistencia y el registro debido. (Vidal Abal 1937 a, p.181)

Esta reorganización del establecimiento incluyó como eje al personal auxiliar, sector de trabajadores que durante estos años fue destinatario de distintos proyectos, entre los que se puede destacar la incorporación de personal para trabajar *ad-honorem*, en el marco de la propuesta de 1936, de un curso de formación de enfermeros a partir de un sistema de pasantías dentro del establecimiento (Vidal Abal, 1936 b).

No obstante, la agenda y las reconfiguraciones de estos años si bien mostrarían una significativa adhesión a los postulados de la LAHM, a la vez pondrían de manifiesto aquellas tensiones que se referían en párrafos anteriores. Ello puede observarse en el objetivo de resituar al alienista como profesional de la medicina, al transformarlo en un verdadero “médico jefe de servicio”. En esos términos lo expresó el director al presentar las modificaciones de 1937, subrayando que aquella reorganización de funciones era el camino para esclarecer y visibilizar el rol del psiquiatra en el establecimiento, puesto que:

La función médica (...) [será de] asistencia activa y no una función ambigua, en la que se mezclen y confundan, funciones de índole sanitaria, de asistencia médico-social, de tutelaje, etc. (...) Mediante esta asistencia integral, los lugares para prestar la indicada asistencia médica, serían los “servicios médicos”, atendidos por médicos, y el rodaje vigilante sería algo así como el “servicio social” a cargo de personal con funciones similares al cargo de “visitador”. (Vidal Abal 1937 a, p.181).

Frente a los cuestionamientos del rol alienista y la amenaza de pérdida de legitimidad de sus roles profesionales, los médicos de Oliva respondieron activamente. El sostenimiento del Boletín institucional, y sus publicaciones, muestran la articulación de modificaciones en las prácticas específicas asistenciales desarrolladas hasta el momento en el Asilo Colonia de Oliva, y la creación de un contexto de debate y producción local de conocimiento. Estas alternativas buscaron asegurar, a pesar del panorama crítico atravesado, la legitimidad del accionar profesional en materia de asistencia psiquiátrica. Ello, en un contexto disciplinar más amplio de profesionalización de la psiquiatría en el que, el alienismo, y particularmente los alienistas de Oliva, se encontraban en una posición de desventaja. Un conjunto de estos cambios involucraron el espacio intra manicomial y otros cristalizaron en una búsqueda de cambiar o ajustar el tipo de respuestas brindadas por el equipo profesional en materia de la asistencia psiquiátrica a los internos crónicos, vinculando el accionar alienista con espacios y agentes externos al ámbito institucional, que, como se muestra en los próximos capítulos, interpellaron la acción del Estado, la LAHM y las familias de los pacientes.

CAPITULO 3

Desarrollo disciplinar y legitimidad profesional en los años 30

En este capítulo se ingresará a considerar el dispositivo psiquiátrico institucional desde su proceso de conformación interna tomando como punto de partida las respuestas de los alienistas frente a un panorama que los interpelaba. Para recuperar este escenario se repasará el contexto de necesidades materiales que venía experimentando el Asilo Colonia de Oliva desde su creación y el marco de nuevos desafíos disciplinares. Se focalizará en la problemática del hacinamiento de pacientes crónicos cuyo estado de enfermedad era considerado irreversible. La criticidad de este panorama se agudizó hacia 1930 cuando el grupo de alienados considerados incurables, representó el 90 % de los pacientes internados. Según se mostrará ello no solo remitía a un problema de sostenimiento económico institucional, sino que era la prueba misma del fracaso del modelo.

En el marco del proceso de profesionalización de la psiquiatría, los proyectos de LAHM se presentaron como una alternativa al modelo asistencial utilizado hasta el momento por la especialidad, que buscó recomponer la legitimidad de la profesión (Talak, 2005, 2006 a). Las propuestas de este sector de la elite médica psiquiátrica introdujeron modificaciones a los modelos conceptuales y prácticos de la disciplina como consecuencia de su apertura a lo social (Talak, 2006 a, 2006 b). Como sostiene Klappenbach (1999) se produjo una mutación de los elementos teóricos existentes, que fueron reordenados de un modo particular en las prácticas profesionales al enfocarse en la detección precoz y la prevención de la patología

Según se analizará, la emergencia de procesos de discusión y reconceptualización en materia de modelos conceptuales a partir de 1933 evidenciaron los ajustes que los

alienistas comenzaron a desarrollar para aproximarse a las propuestas de modernización de la psiquiatría y responder a la realidad de la cronicidad del establecimiento. El estudio de esta agenda dará cuenta de la centralidad otorgada al fenómeno de la cronicidad como objeto de indagación teórica en el discurso especializado de los alienistas de Oliva, los que puso en primer plano las actividades profesionales de observación y clasificación de pacientes. Estas tareas constituían un pilar básico dentro de las nuevas orientaciones, que debatía sobre el nivel de injerencia de distintos factores causales de tinte social, conjugados a consideraciones hereditarias (Falcone, 2012). También los debates en materia de clasificación de pacientes y etiología de la enfermedad ocuparon un lugar destacado en la agenda de los psiquiatras de Oliva en un marco científico que ensayaba nuevos procedimientos terapéuticos y objeto de indagación, en pos de lograr la autonomía de la psiquiatría como especialidad médica diferenciada del alienismo y la neurología (Allevi, 2018 b). Específicamente se analizarán las tensiones y torsiones de los modelos conceptuales en materia de diagnósticos y elaboración de taxonomías, y las discusiones sobre etiología de la locura, desarrollada en las publicaciones realizadas por el cuerpo médico en el Boletín institucional entre 1933-1942. Se toman como directrices de lectura aquellos elementos y obstáculos propios de la tradición alienista que crearon las condiciones para la reflexión y debate de los enunciados teóricos.

3.1. Cronicidad e incurabilidad

La eficacia terapéutica de los establecimientos manicomiales como espacio de tratamiento de las personas con enfermedades mentales se vio particularmente obstaculizada a partir de los años 20 por la sobrepoblación de pacientes (Sacristán, 2017). La presencia institucional del enfermo mental considerado crónico representaba una encrucijada para la psiquiatría, cuya pretensión era perfilarse como una especialidad del campo científico “del arte del curar” (Huertas, 2012; Sacristán, 2017). Ello, era especialmente evidente y preocupante en los establecimientos como Oliva, cuya población estaba representada casi en su totalidad por este tipo de pacientes (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 1999, 2002, 2010).

Como se viene desarrollando, el discurso de la LAHM articuló propuestas que posibilitaban abordajes alternativos al aislamiento propio del modelo alienista (Talak,

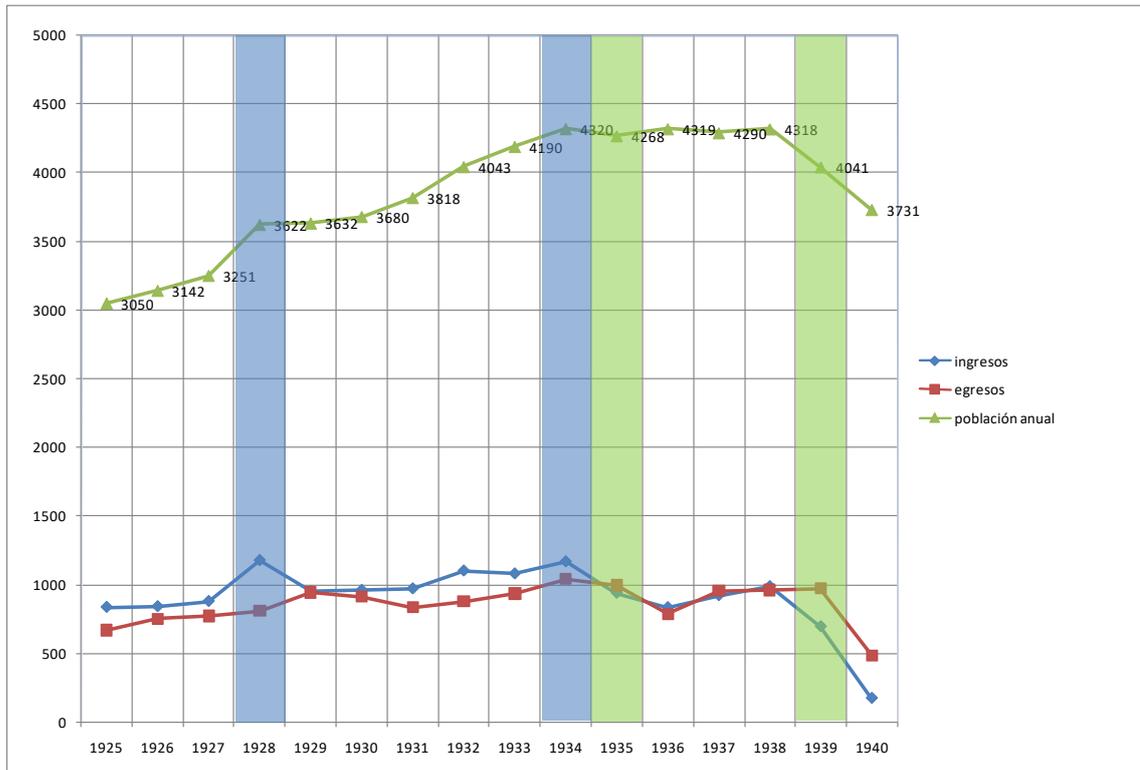
2006 a, 2006 b; Sacristán, 2017). Por su parte, las instituciones *Open Door* se concebían útiles si servían a la función de alojamiento y resguardo de los casos considerados irrecuperables, ya que la permanencia de los enfermos en estos espacios, contribuía a disminuir las probabilidades de reproducción de la patología en la sociedad (Talak, 2005).

Según Talak (2006 a) la LAHM, al nacer del empeño de especialistas dedicados al trabajo en instituciones manicomiales (Arturo Ameghino, Gonzalo Bosch, entre otros), no pretendió modificar ni extinguir los espacios hospitalarios de tipo Asilo Colonia, en todo caso, solo habría pretendido hacerlos más eficaces. Ahora bien, retomando los aportes de Allevi (2017, 2018 a, 2018 b) sobre el proceso de profesionalización de la psiquiatría, también debe considerarse que el papel desarrollado por la Liga en la modernización del perfil del psiquiatra en Argentina, era interpretado por algunos especialistas, en este caso los alienistas de Oliva, como una amenaza a su rol profesional. De hecho, las acciones e intervenciones propuestas por la LAHM no beneficiaban de manera igualitaria a la totalidad de psiquiatras, limitando el ámbito de injerencia de muchos de ellos. Las innovaciones sobre los servicios abiertos solo se concretaron en territorios restringidos⁷⁰ (Buenos Aires y Rosario), y propusieron a la vez, una formación específica (centrada en la rehabilitación y la prevención) y la incorporación de nuevos profesionales, distintos a los alienistas, para el cuidado y la atención de enfermos mentales (asistentes sociales, visitantes y enfermeros psiquiátricos) (Requiere, 2000).

Además, a medida que los postulados de la LAHM lograban avanzar en sus propuestas institucionales en Buenos Aires, se incrementaba la derivación hacia Oliva de pacientes considerados incurables. Así lo afirmó Candelaresi (2003) en su análisis sobre los proyectos institucionales para el tratamiento de la locura en Argentina, al reconocer al “Asilo de Oliva como el receptáculo de frustraciones que comenzaron mucho tiempo antes en el hospicio”, es decir, en los primeros hospitales bonaerenses (p.281). A partir de la década de 1930, la población de internados creció de manera permanente en detrimento de las altas terapéuticas dispensadas en Oliva y, en consecuencia, aumentaba la cronicidad institucional (Figura 6).

⁷⁰ Se crearon consultorios externos en las dos sedes de la LAHM de la ciudad de Buenos Aires, en el Hospicio de las Mercedes y, luego, en el Instituto Neuropsiquiátrico de Rosario (Dovio, 2017).

Figura 6. Población anual y relación entre “ingresos” y “egresos” de pacientes en el *Open Door* de Oliva entre 1925 y 1940



Tendencia de la población anual de personas internadas en Oliva considerando la cantidad de “ingresos” y “egresos” (producidos por “altas terapéuticas”, “fugas”, “traslados” y “decesos”) de pacientes en la institución entre 1925 y 1940.

Fuente: Gráfico de elaboración propia. Memorias Médico-Administrativas publicadas en el Boletín del Asilo de Oliva.

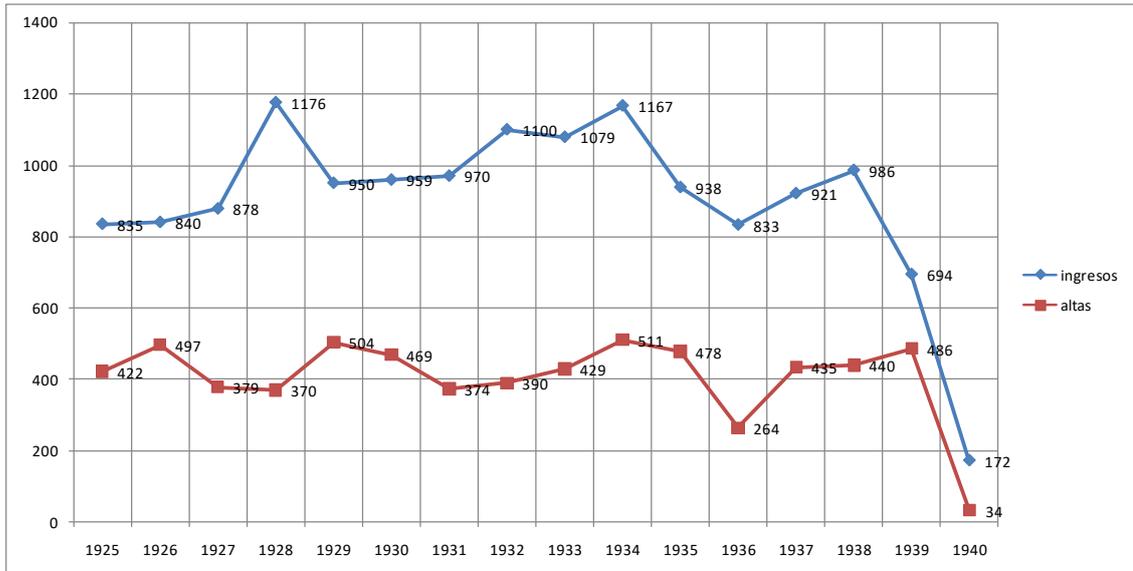
El análisis sobre la población anual de pacientes desde la apertura de Oliva, arrojó datos significativos sobre el panorama de restricción institucional. La revisión de datos estadísticos correspondientes a los años 30 mostró una nueva tendencia al aumento exponencial de internados en el periodo, que solo logró detenerse frente a las clausuras del establecimiento (barras verdes, Figura 6). El primer cierre se realizó en el año 1935 (cuando se restringieron los ingresos directos de pacientes pero no los traslados desde otras instituciones), y el segundo en 1939. En esta última oportunidad la caída de la población anual fue abrupta dado que quedó impedido de manera absoluta cualquier tipo de recepción de nuevos enfermos (Figura 6) (Vidal Abal, 1934 b, 1935 b).

Asimismo, los ingresos anuales, también registraron los valores máximos en la pendiente durante el año 1928, y el otro en el año 1934, en el marco de los traslados de alienadas crónicas provenientes del Hospital Nacional de Alienadas con motivo de sus dos clausuras por hacinamiento (Vidal Abal, 1934 b; Requiere, 2000). Si bien tras la primera clausura del hospital de Buenos Aires (en 1928) los reclamos de Vidal Abal a la CAAHR habían logrado cierto reajuste en recursos materiales e infraestructuras (ampliaciones de dos pabellones), no se corrió la misma suerte cuando se produjo el envío de la segunda remesa de enfermas. Este vacío a nivel de respuestas estatales en el año 1934, fue leído desde el contexto de recorte del gasto público del momento (Eraso, 1999). Sin embargo, también debe considerarse el desplazamiento de inversiones en materia de salud mental hacia otras propuestas disciplinares que prometían mejores resultados que las instituciones de tipo Asilo Colonia (Requiere 2000).

Las dinámicas mencionadas exigieron reajustes sistemáticos en el modo de funcionamiento de Oliva. El continuo ingreso de alienados crónicos al sector del Asilo requirió una respuesta por parte de los profesionales, no solo de orden material, sino también disciplinar. La llegada de nuevos enfermos considerados incurables era inversamente proporcional a las posibilidades de altas terapéuticas dispensadas⁷¹, lo que fue más notorio durante el periodo de 1929-1934. De hecho, aunque en apariencia los ingresos apenas superaban los egresos (Figura 6), la diferencia se vuelve significativa al considerar el “motivo de salida” de los pacientes (por curación o mejoría, fallecimiento, fuga o traslado) y atender exclusivamente solo a aquellas situaciones en que se confería el alta terapéutica (Figura 7). Durante la década de 1930 las partidas producidas por fugas de pacientes y fallecimientos, superaron a las altas terapéuticas concretadas y representaron al menos el 50 % de los egresos de pacientes (Figura 8).

⁷¹ En el capítulo 4 y 5 se profundizará en los factores involucrados en las escasas posibilidades de concretar las altas terapéuticas, que incluyeron dificultades profesionales, como así también el habitual rechazo de las familias para aceptar el regreso del paciente al hogar (Sacristán, 2009).

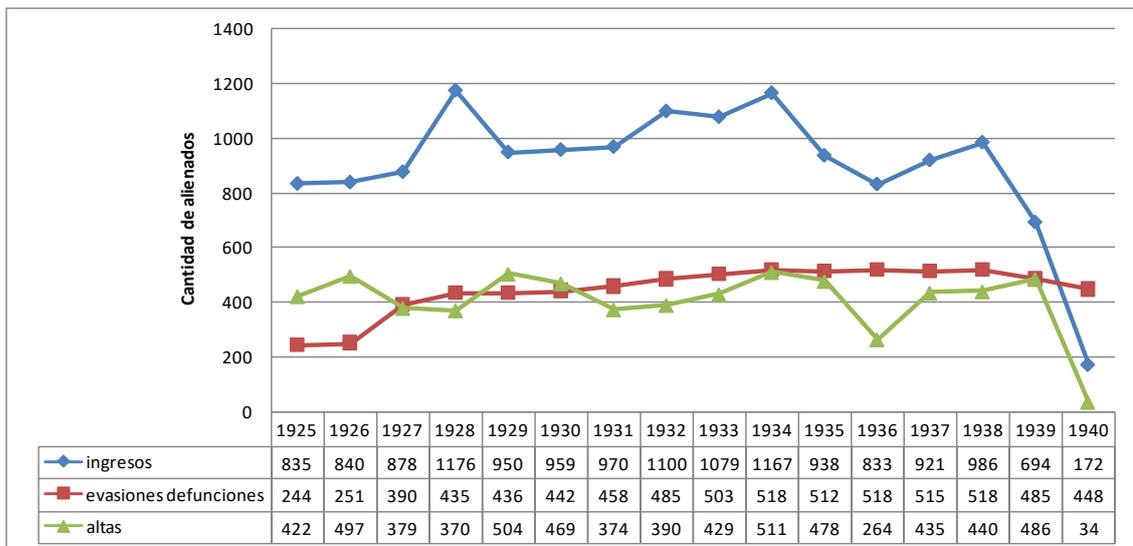
Figura 7. Relación anual entre “ingresos” y “egresos por alta terapéutica” de pacientes entre 1925 y 1940



Tendencia de los movimientos anuales de “ingresos” y “egresos” de pacientes a la institución entre 1925 y 1940, considerando de manera exclusiva las “salidas” de internos producidas por el otorgamiento de “alta terapéutica”.

Fuente: Gráfico de elaboración propia. Memorias Médico-Administrativas publicadas en el Boletín del Asilo de Oliva.

Figura 8. Relación anual entre “ingresos” y “tipo de egresos” de pacientes entre 1925 y 1940



Relación anual entre los movimientos de “ingresos” y “egresos” de pacientes a la institución entre 1925 y 1940, diferenciando el tipo “salidas” producidas según se hayan efectuado por motivo del otorgamiento del “alta terapéutica” o por “evasión/defunción”.

Fuente: Gráfico de elaboración propia. Memorias Médico-Administrativas publicadas en el Boletín del Asilo de Oliva

Una de las primeras publicaciones que inauguraron el Boletín de Oliva en el año 1933⁷², escrita por el director del *Open Door*, en coautoría con el Dr. Juan Soler, médico interno del establecimiento, estuvo destinada a reflexionar sobre el paciente crónico y su incurabilidad, proponiendo un replanteo de los fundamentos del rol profesional del alienista. El artículo titulado “Contribución al estudio de la asistencia del alienado en la República Argentina” (Vidal Abal y Soler, 1933) reproducía una comunicación presentada por ellos, apenas un mes atrás, en el marco de la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social. La mayor parte del trabajo tomó como referente teórico a Maurice Dide, un reconocido alienista francés que sostenía el origen orgánico y transmisible de la patología mental a través de la herencia⁷³. En la presentación los galenos retomaron las “palabras autorizadas” de Dide, director por aquel entonces del hospital de Braqueville en Toulouse (1909-1936), para proponer un renombramiento y reajuste de la clasificación de los alienados sostenida por la disciplina hasta ese momento (Vidal Abal y Soler, 1933, p.64). Desde sus criterios, sólo era adecuado utilizar el vocablo de “enfermo” para referirse a quienes podían beneficiarse de la asistencia médica por presentar probabilidades de cura, mejoría o restauración del psiquismo. Los alienistas de Oliva afirmaban que solo frente a ellos se desplegaba “*la acción eminentemente médica de la curación*” (Vidal Abal y Soler, 1933, p.65). El énfasis puesto en la necesidad de renombrar al alienado crónico fue el eje de toda la presentación, marcando un antes y después en Oliva:

En efecto, si en ocasión de liberar a los alienados, de las torturas y la abyección a que se les sometía hace un siglo y más también, la calificación de enfermos sin distinción alguno era adecuada, por cuanto era la que procedía emplear si se quería romper con la denigrante estigmatización del momento; andando el tiempo, se imponía como en toda valoración, una revisión, un reajuste. [Es necesario] Calificar de enfermo al que pudiera beneficiarse de la asistencia médica y excluir de este grupo al valetudinario, al crónico, al caso irremediable. (Vidal Abal y Soler, 1933, p.64)

⁷² Es importante señalar que el primer número del Boletín científico institucional se destinó casi exclusivamente a la publicación de artículos que reconstruían la historia de la institución desde su fundación en el año 1914 hasta 1933.

⁷³ Maurice Dide se destacó en el campo de la psiquiatría francesa del siglo XX. Se graduó en la Salpêtrière y su pensamiento estuvo influenciado por su maestro: el alienista V. Magnan. En 1922, fue nombrado profesor de la Facultad de Humanidades de Toulouse, donde enseñó psicopatología (Berrios, 2013).

Para Vidal Abal y Soler estaban en juego cuestiones que iban más allá de un mero cambio en el vocabulario de época. La inadecuación de la designación de “enfermos” para los alienados crónicos por su condición de incurabilidad, remitía a las mismas posibilidades de la medicina, las que identificaron, parafraseando el reclamo que los asistidos podían hacerle al profesional, según ellos, con toda legitimidad, al solicitar y hasta rogar que “(...) *no nos abruméis con la calificación desesperante de enfermos!; si lo somos, curadnos, y no nos ofrezcáis el espectáculo engañoso de enfermedades que duran más de cincuenta años sin evolucionar!*” (Vidal Abal y Soler, 1933, p.67).

Una de las consecuencias palpables de aquella postura se observó en la división del espacio manicomial y la clasificación de los alienados en base a dos grupos: uno era el de los “enfermos mentales”, alienados agudos correspondientes al sector del Hospital de Oliva (o que debían ser atendidos en servicios abiertos puesto que se presentaban en estados de pre alienación) y, el otro, el de los “mutilados psíquicos”, alienados crónicos correspondientes al área del Asilo (Vidal Abal y Soler, 1933; Vidal Abal, 1935 a). No obstante, las derivaciones de sus reflexiones no se detuvieron en ese punto. En todo caso, a partir de ellas, comenzaron a cuestionar los objetivos de la LAHM. En los distintos renglones de la publicación dejaban claro que, las nuevas orientaciones enfocadas en la profilaxis mental, al centrarse en casos de pre alienación con probabilidad de recuperación o cura dejaban en el olvido al alienado crónico. En consecuencia, según los alienistas de Oliva, la psiquiatría pretendía encarrilar la asistencia médica, convirtiendo a los asilos en depósitos de mutilados psíquicos, seres exiliados socialmente. Las publicaciones de estas ideas no dejaron lugar a eufemismos:

(...) los Asilos de alienados tendrán que perdurar, reduciendo indudablemente su esfera de acción, y cediendo supremacía a los hospitales psiquiátricos y al conjunto de organismos de la profilaxis mental, para reservarse el inalienable papel de depositarios de un grupo de seres, de los que por mucho tiempo, la sociedad y la familia, procurará desentenderse, por prejuicios, por razones de interés, por inadaptabilidad (...) y, por qué no decirlo, hasta por comodidad. (Vidal Abal y Soler, 1933, p.65)

Ahora bien, la descripción de estas circunstancias perseguía objetivos explícitos. Las implicancias e intereses profesionales en juego comenzaron a ser más notorias en las distintas publicaciones. Para los alienistas del Asilo de Oliva, los renombramientos y la nueva clasificación de los alienados, traía consigo un necesario reposicionamiento frente

a este grupo de pacientes crónicos que quedaban por fuera de la categoría de enfermos, pero que, justificaban la existencia y presencia de estos psiquiatras dentro de la institución como médicos especialistas. Al respecto, insistían en la importancia de distinguir entre la denominación utilizada para el espacio manicomial asignado a los alienados incurables, y el significado que solía asociarse a ese término. Es decir, a pesar de denominarse Asilo, la asistencia psiquiátrica que correspondía a esa área no podía quedar supeditada a brindar amparo y refugio (techo y comida) (Ferrer, 1933; Vidal Abal y Soler, 1934; Vidal Abal, 1935 b).

Como hace notar Gauchet (1997), estaba claro que, al restringirse de esta manera la asistencia psiquiátrica dispensada, la función del alienista se desdibujaba, alejándose de la fila de los saberes científicos, para alinearse más a los servicios sociales y filantrópicos ajenos a la ciencia médica. Las publicaciones de Vidal Abal (1933, 1934 b; Vidal Abal y Soler 1934), como director de la institución, se orientaron en varias ocasiones a resguardar la legitimidad profesional de sus subordinados y colegas, resaltando que la trayectoria del grupo de alienistas de Oliva se había nutrido por sus experiencias en la Colonia Domingo Cabred, y, desde el inicio, se habían abocado al cultivo de la psiquiatría como disciplina científica, aunque se dedicaron a la atención del alienado crónico. De acuerdo con esta voz autorizada, había mucho de entrega en esa vocación, ya que

Pese a los virajes seductores que el estudio de las psicosis en si les ofrecía, junto al vislumbre de lo que la profilaxis mental prometía [entendieron que] la masa inerte de alienados crónicos continuaría siendo por muchos años más lo que era: un problema. (Vidal Abal y Soler, 1933, p.67)

En efecto, el alienado crónico era una figura problemática en Oliva, la que claramente interpelaba lo administrativo y económico, y también el futuro profesional de sus psiquiatras, ya que, era la institución que poseía la mayor proporción de alienados incurables del país (Vidal Abal, 1934 a). De acuerdo con esta tendencia y, dado que en varios sentidos el Asilo se destacaba como área institucional en comparación a la sección del Hospital (a la que tendían las nuevas orientaciones disciplinarias del campo de la higiene mental), fue estratégico el énfasis y la centralidad que adquirió el sujeto incurable como verdadera problemática asistencial y disciplinar a lo largo de las producciones del Boletín de Oliva. Dentro de los criterios que regían para escoger los casos clínicos que se

publicaban en la revista científica, se incluía que el grupo de mutilados psíquicos al que se seleccionaba “(...) *significaran algo especial por sus características probatorias de lo que se ha dicho o escrito*” (Cabeza, 1934, p.156). Por otra parte, los alienados agudos no estaban completamente ausentes en el conjunto de publicaciones. Sin embargo, estas eran menos frecuentes y presentaban algunas diferencias respecto a las referencias doctrinales citadas. Los artículos científicos referidos a los casos considerados agudos y recuperables se acompañaban a menudo de bibliografía más actualizada en comparación a la presentación de los casos denominados “mutilados psíquicos” (pacientes crónicos), cuyas explicaciones teóricas se apoyaban en autores clásicos del siglo anterior como Moreu de Tours o Ulysse Trélat entre otros.

Los renglones destinados a pacientes con esperanza de mejoría y restablecimiento de su salud mental pueden explicarse por la necesidad de los profesionales de no abandonar la porción del saber que aseguraba, al menos en parte, la legitimidad de su rol.

Así como la acción puramente médica estaba vinculada a este tipo de pacientes, la presencia y predominancia del mutilado psíquico en la institución, con su sombrío pronóstico, exigía un reajuste del rol profesional que se adaptara a los postulados científicos pertenecientes al campo del positivismo médico y la higiene mental. Esta pretensión intentó ser resuelta convirtiendo al alienado crónico en un verdadero objeto de indagación, observación y estudio, tal como un siglo atrás el alienismo había hecho con la locura, al objetivarla como enfermedad mental dentro de los límites del manicomio (Gauchet 1997; Foucault, 2015 [1976]). El director de Oliva dejó claro esta suerte de paralelismo, siguiendo las ideas de Dide, alienista que en el continente europeo había defendido que los alienados crónicos hospitalizados también requerían de una respuesta por parte del Estado, de la sociedad y particularmente de la disciplina científica:

(...) estas palabras [de Dide], son algo así como una “j’acusse” a la vieja Francia, que si hace más de un siglo supo liberar al alienado de sus cadenas, a la fecha, aún no ha podido redimirlo de su condición de exiliado social. (Vidal Abal y Soler, 1933, p.67)

La producción sistemática de artículos basados en material clínico proveniente de la misma institución estaba asegurada por la elevada casuística en el Asilo Colonia de Oliva de mutilados psíquicos. La población de crónicos se estimaba entre el 80-85 % del total de alienados (Vidal Abal y Soler, 1933; Ferrer, 1936 a; Cabeza, 1942). De acuerdo

a las nociones que se manejaban, luego de pasado el año de internación, sin mostrar reacciones favorables de evolución, las probabilidades de curación o mejoría de las personas internadas eran escasas. Claro que, puesto que la pretensión radicaba en contrarrestar el engrosamiento del grupo de crónicos, la producción de un saber científico cobraba un papel clave en estos casos. La exactitud y eficacia (en tiempo y forma) que se necesitaba para comprender cada situación o ingreso, realizar el diagnóstico diferencial y aplicar el tratamiento más eficaz, pasaban a un primer plano. De este universo de cuestiones, la problemática de la falta de precisión diagnóstica adquirió una destacada centralidad por aquella época, ya que, como manifestaron algunos profesionales, este asunto podría comprometer el prestigio profesional y laboral y ensanchar las filas y números de los alineados crónicos en el ámbito de la atención pública (Soler, 1934).

3.1.1. La clasificación y el diagnóstico

La centralidad dada a la cronicidad como objeto de indagación teórica por parte de los alienistas de Oliva puso en un primer plano las prácticas de observación y clasificación diagnóstica de los alienados considerados incurables. El juicio profesional y el ojo clínico se convirtieron en un elemento fundamental en el ejercicio del rol. Esta relevancia marcó una impronta en estos años, cuando se contaba con pocos recursos, según recordó en una entrevista el Dr. Exequías Bringas Núñez (1990), psiquiatra que trabajó en Oliva a partir de la década de 1930:

La observación era nuestro único elemento (...) el ojo clínico médico. Para nosotros la tarea más grande era acertar un diagnóstico. Que ese diagnóstico se confirmara en la práctica. Y la tarea fundamental era el diagnóstico porque no teníamos otra cosa. No existía ningún tipo de medicación. Lo único que abundaba era el bromuro y la laborterapia. (Maldonado, et al., 2002, p.169)

En términos de la práctica institucional, la valoración rigurosa del estado del alienado al momento del ingreso era necesaria para su asignación a un espacio manicomial determinado: el área del Hospital o el área del Asilo. Además, la realización del diagnóstico inicial ayudaba a distinguir situaciones de simulación o internaciones

motivadas por idiosincrasias familiares⁷⁴ (Sacristán, 2017; Teyssedou, 2019). Por último, evitaba el engrosamiento del número de internos en el Asilo al detectar el nivel de cronicidad mediante un correcto y minucioso conocimiento de la patología, y su identificación y localización dentro de la taxonomía psiquiátrica. En el ambiente institucional, se originó, lo que Foucault (2015 [1976]) para otro contexto, consideró como una “manía” clasificatoria, en la cual la atención profesional se focalizaba en alcanzar la precisión en los diseños científicos de las clasificaciones taxonómicas, en detrimento o pérdida de la percepción concreta de las manifestaciones de la patología, de manera que “el asilo a través de su insistencia en objetivar la locura, la hacía cada vez más incierta” (p.202).

Esta importancia asignada a la elaboración de diagnósticos psiquiátricos y al desarrollo de marcos conceptuales sobre la etiología de la enfermedad mental se expresaba en la predominancia de artículos en el Boletín del Asilo de Oliva que trabajaban sobre la temática: análisis de casos, descripciones minuciosas de manifestaciones sintomatológicas, discusiones sobre la etiopatogenia con referencias europeas (autores preferentemente franceses e italianos) y también del continente americano (Estados Unidos, Brasil Uruguay y México). Por el contrario, las publicaciones vinculadas a intervenciones terapéuticas ocupaban un lugar marginal, dándose a conocer de manera más frecuente en formato de resumen en la sección “Revistas de revistas”. Una excepción notable remitió a aquellas producciones sobre terapéuticas ligadas a los alienados crónicos, cuyo eje giraba en torno a la laborterapia o asistencia familiar, a las cuales, se dedicaban extensas reflexiones, aunque las referencias teóricas correspondían en mayor medida a publicaciones del siglo anterior.

En lo que respecta a la práctica psiquiátrica de clasificación de los pacientes en el establecimiento, uno de los elementos señalados con mayor frecuencia en el Boletín, era la dificultad con la que se enfrentaban los alienistas al momento de realizar diagnósticos diferenciales. Según la mirada de los distintos miembros del equipo profesional, estos obstáculos remitían a las debilidades presentes en las taxonomías psiquiátricas vigentes, que no permitían objetivar regularidades sintomáticas en categorías diagnósticas universales.

⁷⁴ Más adelante se presentarán ejemplos que vinculan algunos ingresos de personas a la institución, con factores que trascendían los cuadros patológicos psiquiátricos, y se motivaron en desdías o conflictos familiares, o la falta de recursos de las personas (a menudo inmigrantes) para la subsistencia (techo, comida y trabajo).

Por un lado, se señalaba que existía heterogeneidad en los comportamientos que definían un cuadro psicopatológico determinado (variabilidades que asumía una misma conducta sintomática en diferentes personas), y por otro, la evolución temporal de los casos no se habría adecuado a lo previsto según el diagnóstico. Así, era frecuente en los casos del Hospital el prolongamiento del periodo de internamiento más allá de lo esperable. Tal tendencia a la extensión de las internaciones de casos agudos, no fue explicada por los alienistas de Oliva por las condiciones socioeconómicas de los enfermos. Sin embargo, distintos abordajes han destacado que las estancias prolongadas dentro de este tipo de instituciones también se ligaban a los avatares económicos y corrientes migratorias de cada país, durante la época de estudio (Huertas, 2011, 2012; Sacristán, 2017). De manera más específica, el trabajo realizado por Teysseidou (2019) con HC del Asilo Colonia de Oliva reveló la relación que existió entre inmigración e internaciones crónicas, destacando que las personas de origen europeo buscaron refugio en el establecimiento como un lugar para asegurarse alimentos, trabajo y asistencia sanitaria. El autor concluyó que esta realidad hablaba no solo de un sistema asilar donde primaba aislar a las personas consideradas anormales, desviadas o inútiles, sino que también expresaba la falta de una política de Estado para integrar a estos sujetos a la convivencia familiar, o a la cotidianidad exterior al espacio psiquiatrizado.

Desde la perspectiva de los propios galenos de Oliva, tal panorama de alargamiento y/o cronificación de las internaciones, fue atribuida de manera predominante a la *“incomprensión respecto del alienado”* (Bringas Núñez, 1937, p.75). Esta falta de entendimiento, según expresaron los alienistas, se debía a la distancia o ausencia de correspondencia entre las manifestaciones patológicas que presentaban los enfermos y lo que se esperaba observar clínicamente según los indicadores semiológicos de las clasificaciones vigentes (Vidal Abal, 1939, p.58). Sobre este tipo de referencias, algunos aportes historiográficos que se han focalizado en el estudio del acto del diagnóstico psiquiátrico durante la época en estudio, concluyeron que esta labor estaba caracterizada por más dudas que certezas. Las vacilaciones eran frecuentes y se reflejaban en las escrituras médicas que solían adicionar signos de interrogación a los diagnósticos asignados a los pacientes, categorías alternativas a la rotulación, cambios de diagnóstico o, directamente, ausencia de la asignación del mismo (Ferrari, 2016).

Las menciones a las dificultades permanentes con las que lidiaban los psiquiatras de Oliva al desarrollar las tareas de clasificación de los pacientes eran reiteradas en sus escritos. La complejidad del acto diagnóstico representó un escollo institucional y

disciplinar. Por ejemplo, se diagnosticó a un paciente con “mutismo absoluto” pero luego de la presentación detallada del caso, los psiquiatras del Asilo concluyeron que se poseían “*más dudas que seguridades respecto al diagnóstico inicial*” (Fontana, 1933, p.103). En otro caso con “*manifestaciones mentales variadas*”, luego de la descripción detallada de la sintomatología del cuadro psicótico, el Dr. Bringas Núñez (1935 a) refirió que se hacía muy difícil poder “*admitir la presencia de una esquizofrenia, sin proceder con arbitrariedad*” (p.153). Por su parte, el Dr. Ferrer (1935 a) también afirmó que ningún capítulo de la patología nerviosa estaba “*tan sujeto a errores frecuentes de diagnóstico como el de la esclerosis en placas y demencias*” (p.227).

Los impedimentos que se interponían para arribar a cada diagnóstico diferencial fueron explicados destacando diversos factores: la carencia de información sobre los antecedentes familiares y la historia de vida del alienado, la variabilidad de los conjuntos sintomáticos de una patología de caso en caso y, la coexistencia de diferentes sistemas clasificatorios que a menudo se superponían, se disputaban entidades morbosas o denominaban de diferentes maneras a una misma enfermedad. En este sentido, es posible vincular los obstáculos referidos en las clasificaciones diagnósticas de pacientes, con el afianzamiento del modelo de las “*enfermedades mentales*” de la psiquiatría europea⁷⁵ propuesto por Falret (entre otros alienistas). Una de las características principales de este código teórico fue el énfasis puesto en la distinción de cuadros psicopatológicos a través de la identificación de conductas sintomáticas con sustrato anatomopatológico que pertenecían a categorías excluyentes. En esta valoración descriptiva y minuciosa habría radicado uno de los principales límites del modelo: la heterogeneidad de sistemas clasificatorios vigentes yuxtapuestos que entorpeció las valoraciones diagnósticas. Asimismo, también los elementos señalados por los alienistas de Oliva, pueden identificarse con un debilitamiento del modelo inaugural de la psiquiatría francesa conocido como modelo de “la alienación mental” representado por Pinel, que asumía la unicidad de la patología y la insistencia en la observación y descripción detallada del relato del enfermo (Lantéri- Laura, 2000).

Todas las dificultades enumeradas por los psiquiatras locales no eran menores y se leían a la luz de las nociones que Domingo Cabred había propuesto como cimientos de la tarea diagnóstica, dentro del modelo alienista en el que se sostenían los principios del *Open Door*. Dentro de este paradigma, como destacó Falcone (2012)

⁷⁵ Para un mayor detalle al respecto, ver los desarrollos presentados en el capítulo I sobre las tres etapas en la historia de la psiquiatría europea durante los siglos XVIII y XIX.

para arribar a un adecuado diagnóstico de la enfermedad mental debía contarse con el estudio de la anamnesis hereditaria y personal [del enfermo], y la observación sintomática precisa (...) [y], para ser completo [el] elemento fundamental, era establecer la correlación del síntoma con la lesión orgánica determinante y la naturaleza de la enfermedad. (p.199)

Los elementos que constituían los principios básicos del modelo institucional de *Open Door* argentino, de fuerte impronta anatomopatológica y experimental, no eran del todo accesibles para los psiquiatras del Asilo de Oliva⁷⁶. Ello, hizo que sugieran ciertas modalidades propias en las prácticas diagnósticas institucionales (que como se verá más adelante se correspondieron con el diagnóstico “por vía de la eliminación”), definiéndose la necesidad de consensuar una metodología más eficaz para su desarrollo.

Los debates sobre la etiopatogenia pasaron a primer plano, ya que se buscaba un procedimiento de clasificación de las enfermedades mentales, semejante al utilizado en otras especialidades de la medicina, en las cuales “la causa” era particularmente útil para explicar y distinguir las patologías (Caponi y Martínez-Hernández, 2013). Además, la identificación de los factores intervinientes en la génesis de las enfermedades mentales, facilitaba la diferenciación entre los cuadros psicopatológicos y las presuntas evoluciones del caso. Por ejemplo, algunos diagnósticos eran considerados como una consecuencia de enfermedades médicas preexistentes (cuadros demenciales que resultaban de la sífilis u otras enfermedades infecciosas), y otros se asimilaban a un producto de la herencia defectuosa (como el grupo de la demencia precoz) e implicaban menores probabilidades de recuperación. Finalmente, es un dato a resaltar que la importancia alcanzada por los debates sobre etiopatogenia entre los especialistas de Oliva, también se vinculó a las dificultades que enfrentaban sus tareas de diagnóstico, para responder tanto a los principios básicos de los postulados de Cabred, como a los que sostenía la LAHM sobre las enfermedades mentales entendidas como condicionadas por factores socioambientales.

La necesidad de contar con información sobre el nivel de salud de las generaciones anteriores al paciente ponía en evidencia el imperio de posturas degeneracionistas, dominantes entre los médicos de Oliva. Los vacíos sobre antecedentes hereditarios eran

⁷⁶ La situación de desventaja del establecimiento para poder abordar la patología desde procedimientos correspondientes a una psiquiatría positivista y organicista, puede ser leída en la falta de disponibilidad y funcionamiento de dotaciones de servicios especiales (laboratorios de anatomía patológica, psiquiatría experimental, etc.) y profesional con formación más específica (contratación de especialistas como Cristofredo Jakob), con las que, en cambio, sí contaban las instituciones de la ciudad y provincia de Buenos Aires (Falcone, 2012)

de difícil resolución, especialmente en el caso de los alienados crónicos, los cuales generalmente ingresaban al establecimiento conducidos por terceros. En ocasiones arribaban en manos de la policía, por allegados a la familia o bien, producto de las derivaciones de otras instituciones manicomiales porteñas y bonaerenses, sin un informante cercano que pudiera brindar datos de relevancia. Además, según admitían los alienistas, estas modalidades de ingreso determinaban muchas veces que las personas presentaran marcados síntomas de alteración mental, por lo que era difícil la reconstrucción del caso mediante el propio relato (Cabezas 1934, p.157).

Huelga decir, que estas circunstancias habilitaron múltiples escenarios discrecionales. Un ejemplo de este tipo de situaciones puede verse en la HC de Adela, uno de los casos analizados en los próximos capítulos, en el que específicamente al reingresar por segunda vez al Asilo Colonia de Oliva, se observó que fue acompañada por un amigo de su padre, el que llevaba una carta escrita de su puño y letra a los fines que los psiquiatras conocieran los motivos por los cuales solicitaba la internación de su hija.

Otro de los factores señalados como una dificultad para el desarrollo de las actividades profesionales de clasificación de los pacientes se vinculó a las manifestaciones sintomáticas de las patologías. Como se mencionó con anterioridad, el discurso especializado de los alienistas expresaban que los diferentes diagnósticos compartían conjuntos sintomáticos similares y, además, estos últimos presentaban variabilidad de caso en caso. Al respecto, este tipo de problemática fue considerada en la Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva, por el Dr. Ferrer (1935 a) quien señaló, por ejemplo, que para el diagnóstico de las demencias era necesario rastrear la presencia del síntoma del debilitamiento intelectual crónico en el paciente. No obstante, desde las consideraciones del alienista, cualquier conclusión diagnóstica *“en honor a la verdad, carece siempre de la precisión que deseáramos, pues cuando pretendemos determinarla con entera exactitud, surgen dudas y contradicciones, siendo precisamente esto lo que nos ha ocurrido con los enfermos presentados en estas reuniones”* (Ferrer, 1935 a, p.227). El psiquiatra agregó también, que la presencia del síntoma no implicaba necesariamente la manifestación de un proceso patológico: *“en nuestros interrogatorios, observamos contestaciones absurdas (...) en sujetos normales con perfecta integridad intelectual cuyos comportamientos y habilidades cognitivas pueden ser atribuidos a sus características culturales o nivel educativo previo”* (p.234-235).

La dispersión de concepciones teóricas, fue introducida como otro elemento que entorpecía el establecimiento de diagnósticos diferenciales en los alienados. La coexistencia de diferentes sistemas clasificatorios constituía un problema en sí mismo, puesto que, según el discurso que sostenían los médicos, usualmente se superponían o denominaban de diferentes maneras a una misma patología. El Dr. Fontana (1935 a) también hizo notar esta diversidad en el desarrollo teórico reinante, refiriéndose a la demencia precoz, a la que rotulaba como una “*verdadera confederación esquizofrénica*” (p.109). A propósito de ello, dio algunas precisiones, exponiendo que:

(...) desde las teorías de Kraepeling, Bleuler y Claude (etc) (...) se ha conformado un vasto conglomerado que hasta la fecha no tiene un rumbo fijo, ni delimitación clara alguna que nos libre de esta “*encrucijada actual*” y poder llegar así en forma segura y científica a desmembrar este gran aglutinamiento. (Fontana, 1935 a, p.109)

Este alienista avanzó aún más en su lectura crítica, mencionando que estas teorías ya habían sido rebatidas por los “*maestros de la psiquiatría argentina*”, aunque, una vez más, sin alcanzar consensos en materia de diagnóstico. Sobre esos aportes vernáculos, expuso que tanto

Arturo Ameghino, Nerio Rojas, [como] Gonzalo Bosch, enunciaron sus conceptos sobre esquizofrenia y demencia precoz, no obstante, todavía marchamos desunidos, sin habernos trazado (...) un plan de trabajo armónico que asegure una contribución feliz, de la cual (...) debiera surgir la doctrina argentina sobre el punto en cuestión. (Fontana, 1935 a, p.109)

En suma, como lo expresó el Dr. Hernández Ramírez (1935 a) “*desde la definición diagnóstica hasta el pronóstico, la clínica se halla plagada de verbos en tiempo condicional, de afirmaciones inconclusas, de criterios dispares y hasta opuestos, de clasificaciones antagónicas y desorientadoras*” (p.238)

3.1.2. Porosidades en el diagnóstico anatomopatológico

La complejidad en las tareas de clasificación de pacientes, según el discurso especializado de los alienistas de Oliva, se encontraba vinculada (entre otros factores) a la heterogeneidad de propuestas taxonómicas disciplinares que amenazaba la precisión

del diagnóstico diferencial. Estos señalamientos por parte de psiquiatras locales pueden identificarse con los rasgos y límites a destacar, del paradigma que Lantéri-Laura (2000) denominó “las enfermedades mentales”, que predominó en la psiquiatría europea desde mediados del siglo XIX hasta la primera década del XX.

Las respuestas de los médicos de Oliva frente al panorama desalentador (caracterizado por la variabilidad y yuxtaposición entre sistemas clasificatorios de la patología) se orientaron a reforzar los fundamentos experimentales y organicistas de la disciplina. Así, consideraron necesario mantener el estudio anatomopatológico de la enfermedad mental, enfoque que, si hasta el momento no había alcanzado elucidaciones firmes (Falcone, 2012; Ferrari, 2016), podría hacerlo en el futuro conforme al esfuerzo y progreso continuo de la ciencia:

En medio de esta nebulosidad, un puerto nos señala la brújula de la buena dirección: el estudio histopatológico del caso (...). Pero este puerto no ha podido ser, en el estado actual de nuestros conocimientos, el terminal en la larga ruta recorrida en pos de la verdad (...). (Hernández Ramírez, 1935 a, p.238)

Acompañando sus sugerencias, Hernández Ramírez (1935 a) daba cuenta de su confianza en el progreso de la ciencia médica de la mano de una concepción cercana al positivismo naturalista y al campo de la neurología:

La verdad, pues, resulta para el hombre de ciencia un sueño dorado por cuya realización daría todo... ¡hasta lo da todo!. Se conforma, sin embargo, con ser el obrero idealista y sincero que procura consolidar un escalón más en esa Babel, sin saber y sabiéndolo a veces, que el continuador de mañana dedicará sus afanes a desmontar lo que creyó instalado firmemente, para arrojarlo con furia o indiferencia en el osario de lo inservible y absurdo. ¡Pero hay eslabones inmovibles! (...) que nos acercan a la Quimera (...) Y ¿Cuál es la lógica a seguir?: El método anatomoclínico, fuente inagotable que tanto rendimiento dio (...) origen de adquisiciones que han resistido la prueba del tiempo!. (Hernández Ramírez, 1935 a, p.238)

La clasificación de los alienados en enfermos (casos agudos) o mutilados psíquicos (casos crónicos), junto a la necesidad de realizar un correcto diagnóstico como actividad ligada al ejercicio del rol profesional, también implicó que los psiquiatras de Oliva propusieran revisar y delimitar su concepción de la enfermedad en su aspecto

ontológico. El modelo *Open Door* se cimentaba en los postulados de una psiquiatría organicista y experimental, y, dado que los alienistas presentaban sistemáticas dificultades para responder a esos principios, fue necesario que incorporaran nuevas nociones a sus propuestas teóricas o reajustaran sus conceptualizaciones.

Un ejemplo sobre lo mencionado, fue la atención que comenzaron a dirigir en sus publicaciones científicas a la consideración del elemento temporal y diacrónico de la patología, es decir, el curso de la enfermedad. La sexta reunión de la Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva (en el mes de Agosto de 1935) cerró con algunos interrogantes surgidos como respuesta a un caso presentado por el Dr. Bringas Núñez. Dos psiquiatras de la institución (el Dr. Ferrer y el Dr. Hernández Ramírez) se preguntaron si no estarían próximos al cambio de categoría en la clásica esclerosis múltiple, para ubicarla entre las afecciones correspondientes al conjunto de “síndromes” después de haber figurado como “enfermedad” durante muchos años (Hernández Ramírez, 1935 b, p.152, 156).

La incorporación de la valoración del factor temporal de cuadros psicopatológicos de etiología desconocida, se observó con claridad en distintas producciones científicas de los alienistas de Oliva a mediados de la década de 1930. Los especialistas reflexionaron sobre la distinción de los conceptos de síndrome, síntoma y enfermedad y la importancia asignada a cada uno. Así, por ejemplo, sugirieron utilizar el término de “*síndrome deficitario*” en lugar de “*demencia*” si no se poseía total seguridad sobre el diagnóstico: “*¡Sólo si el tiempo confirma el síndrome podrá hablarse de enfermedad!*” (Ferrer, 1935 a, p.239- 240).

A pesar que las publicaciones médicas insistieron en que las tareas de diagnosis se hallaban habitualmente obstaculizadas, el análisis de los escritos del Boletín permitió inferir la existencia de ciertas modalidades características de estas prácticas clasificatorias realizadas por los alienistas locales. El camino seguido de manera frecuente para arribar al diagnóstico diferencial consistió en considerar en un primer momento todos los diagnósticos posibles para un caso. A partir de ello, se realizaban pruebas de laboratorio al enfermo y se analizaban los resultados para descartar “presumibles patologías” de base. Además, la administración de tratamientos también era una tarea que permitía restringir aún más el conjunto de opciones patológicas según la ausencia/presencia de evolución favorable como respuesta a una intervención. Esta modalidad para arribar al “diagnóstico definitivo” solía ser denominado por los psiquiatras de Oliva como la práctica del “*diagnóstico por eliminación*” (Barrancos y Hernández Ramírez, 1934, p.250; Fontana y Ocampo, 1935, p.222; Bringas Núñez, 1935 a, p.152)

El cuerpo médico también comenzó a consensuar algunas posiciones respecto a los debates sobre la etiopatogenia de la locura. Aquellos alienistas más ligados a la neurología asignaron mayor poder etiológico a la herencia y factores orgánicos, proponiendo procedimientos diagnósticos basados en la anatomía patológica, histopatología, análisis de laboratorio, etc. En cambio, aquellos alienistas más ligados a la psiquiatría social, admitían el poder etiológico de factores psicoafectivos, basando las tareas diagnósticas en el interrogatorio y la observación del comportamiento del paciente. Ambas concepciones convivieron en el Asilo Colonia de Oliva sin manifestar tensiones, sino en todo caso zonas de encuentro y guiaban las prácticas institucionales con los pacientes. El grupo de especialistas que se identificó de manera predominante con modelos organicistas, se autodenominaban “*neuroalienistas*”. Ellos mostraban mayor preferencia por las terapéuticas químico-biológicas (como la administración de sanocrisina, hematoporfirina, cardiozol) y se dedicaron a la lectura en materia de avances de estas intervenciones (Fontana y Ocampo Oromí, 1935). El otro grupo de alienistas prefirió interiorizarse en la lectura de terapéuticas ligadas a modelos psicoterapéuticos, aún reconociendo las imposibilidades de aplicación en el entorno institucional, dada su realidad de constricción material e insuficiencia de recursos humanos (Barrancos, 1935 a; Fontana, 1937).

Los datos presentados entran en vinculación con las afirmaciones de Falcone (2013) sobre un clima disciplinar de transformación en la psiquiatría argentina en el que comienza a entrar en crisis el diagnóstico por herencia y degeneración, y las concepciones organicistas pierden consistencia, al tiempo que se reconoce que la influencia del ambiente y de la época modificaban la herencia. La autora señala cómo ambos modelos teóricos coexistieron en una especie de collage de piezas. Sobre la convivencia sin aparentes oposiciones entre ambos modelos conceptuales, en el caso de Oliva, puede conjeturarse que habría colaborado la omnipresencia de un panorama de crisis material, insuficiencia de recursos humanos y la sobrepoblación característica durante el periodo en estudio, contexto que en la práctica, dificultaba la implementación de cualquier medida terapéutica que trascendieran los baños de sábana, administración de bromuro y la laborterapia.

Los debates etiológicos y las dificultades diagnósticas se suscitaban con mayor intensidad frente a patologías vinculadas a desórdenes anímicos, en las que, los elementos causales podían ser atribuidos al orden de “las pasiones” o, como proponían corrientes teóricas más ligadas a la psiquiatría de corte higienista, a la influencia de

elementos exógenos como el entorno social del enfermo. En función de esto, para 1939, Vidal Abal aseguró que los análisis disponibles ponían en evidencia las graves imperfecciones de la nomenclatura existente y que su reforma requería según su entender “(...) *de la indicación detallada en lo posible de los factores etiológicos, a fin de procurar conocer las causas de las enfermedades mentales adquiridas y constitucionales*” (Vidal Abal, 1939, p.55). Los diagnósticos de menor prevalencia institucional, según los datos que publicaron el Dr. Vidal Abal y Soler en 1933, eran aquellos en los que se podía asignar u observar una comprobación anátomo-patológica, conocerse algún tipo de antecedente etiológico o presentar menor variabilidad en su manifestación sintomatológica, como por ejemplo las oligofrenias y epilepsias. En cambio, predominaban diagnósticos de patologías en las que los criterios de clasificación eran más amplios, confusos y heterogéneos, como el caso de las demencias, los delirios y las distimias.

Basados en estas consideraciones, que se sustentaban en los análisis de la prevalencia institucional de diferentes diagnósticos, los médicos de Oliva expresaban una clara necesidad de mayor delimitación taxonómica, a través de la descripción y esclarecimiento etiológico. Como afirmó el director alienista,

La nomenclatura, no permite llegar fácilmente a conclusiones etiológicas netas. Nada podemos hablar de etiología. Todo es inseguro. En lo tocante a la situación en que se encuentran los Asilos de alienados, de evidente superpoblación, el factor a nuestro juicio más importante, para producir este resultado, es la incomprensión respecto al alienado. (Vidal Abal, 1939, p.58)

La indagación etiopatológica de las enfermedades mentales era central en los debates del momento, delimitándose un terreno apto para la discusión sobre la naturaleza y el poder de las causas de la locura, abriéndose la posibilidad de un amplio entrecruzamiento de sistemas teóricos diversos. Así, por ejemplo, si bien la obra freudiana no estuvo presente más que a nivel de los discursos y enunciados (y menos en cuanto a su desarrollo práctico/terapéutico) existieron algunas referencias en las publicaciones en danza en Oliva por los años finales de la década del 1930.

3.2. La etiología de la locura

Las continuas referencias realizadas por los profesionales que trabajaban en Oliva a referentes de la psiquiatría nacional e internacional dan cuenta del acceso y examen de una variada y cuantiosa bibliografía de la especialidad y de disciplinas afines. Además de todas las referencias ya mencionadas a distintos especialistas⁷⁷, cabe destacar que el Boletín institucional, sostenía un sistema de canje con revistas nacionales e internacionales, cuyos registros y detalles formaban parte de las últimas páginas de cada publicación. Así, la sección denominada “Análisis de Revistas”, recuperaba y comentaba de manera breve investigaciones de relevancia realizadas en distintas revistas científicas. Al respecto, es importante mencionar que los índices de detalles de canjes, indicaron que la revistas que predominaron en la biblioteca del establecimiento eran en su mayoría de medicina general (el 59 %), seguidas por publicaciones periódicas de psiquiatría e higiene mental (16 %) y neurología-neurobiología (16 %). Por último, aunque en menor medida, también se intercambiaban ejemplares dedicados a la medicina legal y criminología (9 %). Entre los canjes y lecturas de procedencia latinoamericana predominaron las revistas de medicina general (del total de materiales, el 52 % correspondían a producciones nacionales). Por el contrario, en lo que respecta a boletines específicos de la especialidad y la neurología, las referencias europeas ocuparon el primer lugar (55 % de los intercambios)⁷⁸.

Ahora, según se ha analizado, estas dinámicas de circulación de conocimientos⁷⁹ no solo reflejaba “una abundancia” de referentes, sino también un vacío teórico a responder en materia de clasificaciones de las enfermedades mentales y sus métodos de tratamiento. Además, la difusión a través del Boletín de los análisis y debates que se desarrollaban en el mundo científico disciplinar, habría visibilizado los reclamos del cuerpo médico de cara a sectores de la misma psiquiatría y del Estado. En esa dirección,

⁷⁷ Entre las que se cuentan hasta este momento las menciones de los alienistas de Oliva a los aportes teóricos Dide M., Pierre M., Trelat G. y Moreau de Tours, entre otros médicos europeos. Además, en los próximos capítulos, se retoman las menciones del cuerpo médico a colegas latinoamericanos, con los cuales se mantenían comunicaciones a través de comentarios de artículos. Tal es el caso de las discusiones sobre laborterapia con el alienista de Brasil, Ernani Lopez, o Isidro Mas de Ayala y Antonio Siccó, figuras de la psiquiatría uruguaya.

⁷⁸ Los porcentajes fueron calculados según un intercambio semestral que en promedio estimaba 79 revistas intercambiadas por sistema de canje.

⁷⁹ Es decir, el sistema de canje de publicaciones e intercambio de correspondencia, los trabajos de análisis de revistas nacionales e internacionales, la inclusión de referencias y citaciones de autores de la psiquiatría (o disciplinas afines) nacionales e internacionales.

la cronicidad se erigió como un problema para la indagación científica de los alienistas de Oliva, al igual que aquellos factores que les habrían dificultado una adecuada realización de diagnósticos diferenciales.

Los obstáculos para conocer los antecedentes familiares y la historia subjetiva del paciente contribuyeron a que las discusiones sobre la etiología de la enfermedad mental se instalaran en primer plano en las indagaciones publicadas en los artículos científicos del Boletín. Los alienistas locales referían que la claridad alcanzada en materia de los modelos etiológicos junto a la elucidación de los alcances de la herencia facilitaría la realización de tareas de clasificación diagnóstica, respaldando sus intentos de legitimación para el rol alienista (Barrancos, 1935 a).

La búsqueda de evidencia sobre la fuerza de la carga genética como determinante de la patología mental convirtió a la familia de los alienados en un objeto de interés en las publicaciones de los boletines. Ella alcanzó un lugar destacado en las explicaciones etiopatológicas y en materia de desarrollo de tratamientos y asistencia psiquiátrica, o como alternativa y modalidad terapéutica en el caso de las altas prematuras, las visitas tempranas y la asistencia familiar. En algunas ocasiones, la familia fue señalada como causa de la locura. En otras, la mirada apuntó a señalarlas como responsables de la cronificación del asilado, ya fuera por su desinterés o por actitudes de rechazo hacia el enfermo. Lo cierto es que, tanto las conceptualizaciones, como las funciones asignadas a este grupo de parentesco nuclear estuvieron atravesadas, según el caso, por concepciones degeneracionistas e higiénicas.

Desde el punto de vista de los alienistas locales, la obtención de datos psicopatológicos familiares aportaría mayor claridad sobre los factores etiológicos intervinientes en cada cuadro. Este tipo de información permitiría diferenciar las enfermedades mentales adquiridas de las enfermedades mentales constitucionales, y por lo tanto, representaba una salida posible al problema de las imperfecciones de las nomenclaturas existentes. Efectivamente, la búsqueda de una explicación etiológica de la locura como respuesta a la pluralidad de taxonomías y a la necesidad de seguridades diagnósticas y pronósticas, impulsó dinámicas de debates teóricos e indagaciones sobre la temática en la agenda de los alienistas locales. A nivel de sus publicaciones se observaron desplazamientos y mixturas en la lectura de los marcos conceptuales sobre los alcances y funcionamiento de los mecanismos de la herencia y la fuerza de los factores causales endógenos y exógenos asumidos en las patologías mentales. Estas dinámicas

reflejaban los procesos de transformación de los modelos conceptuales y la discusión de “nuevas” hipótesis en la materia que venían desarrollándose en el campo psiquiátrico nacional. En el caso del Asilo de Oliva, las publicaciones de los alienistas lejos de evidenciar un desplazamiento diacrónico de diferentes posturas, dieron cuenta de una compleja dinámica de discusión y reconceptualización de marcos teóricos que se combinaban y yuxtaponían, incluyendo el paso por el degeneracionismo, el regeneracionismo y el concepto de predisposición, matriz que generó significativas adhesiones.

Sin soslayar ciertos matices, las publicaciones realizadas en el Boletín reflejaban aquella dificultad de los profesionales del campo de la psiquiatría que fue señalada por Vallejos (2013), en cuanto a poder establecer una delimitación clara entre los postulados de lo hereditario y lo higiénico a nivel de la etiología de la locura (p.134). En cuanto a los modelos somáticos que imperaron en la psiquiatría argentina hasta la década de 1920 (Falcone, 2012), varios renglones de las producciones científicas locales dieron cuenta de cómo los galenos de Oliva fueron incorporando transformaciones en los modelos explicativos de las enfermedades mentales que intentaron aproximaciones al campo de la medicina social con la que comulgaban las propuestas de la Liga de Higiene Mental.

3.2.1. El degeneracionismo y los contornos de la locura heredada

El modelo organicista que venía sosteniéndose en Oliva fue transformándose de acuerdo a una mayor permeabilidad a explicaciones que privilegiaban la influencia de factores psicológicos y sociales exógenos en la génesis de las enfermedades mentales. No obstante, este panorama fue producto de un complejo proceso de deslizamientos y mixturas de marcos teóricos. Los trabajos científicos del Boletín venían mostrando un sostenido énfasis en el carácter hereditario de la enfermedad. La predilección de las instituciones *Open Door* por tales postulados obedecía no sólo al esfuerzo del movimiento alienista para sostener su legitimidad disciplinar en vista a sus dificultades cada vez más notorias para la curación de la locura (Pick, 1989; Dowbiggin, 1991; Waller, 2002), sino también al rol que habían venido desempeñando los hallazgos de la anatomía patológica en el campo de la medicina hasta el momento (Vallejos, 1992, 2013). No obstante, desde el surgimiento de la psiquiatría como rama de la medicina en Francia, y también en la Argentina, los médicos y psiquiatras desempeñaban un rol protagónico en el cuidado de

la salud de la nación, entendida como preservación del orden, regulación social y defensa de las identidades nacionales. Desde esta función profesional, la disciplina intervenía sobre el campo social y encontraba espacios en los que el organicismo se entrecruzaba con concepciones higiénicas (Pick, 1989; Dowbiggin, 1991).

La fuerza de la teoría degeneracionista y el alcance de los discursos sobre necesidad de cuidar y purificar la raza, atravesaron las argumentaciones sostenidas por el cuerpo médico del Asilo de Oliva, articulándose al modelo somaticista como fundamento del accionar médico (Ferrari, 2016). Uno de los rasgos distintivos en las publicaciones del Boletín durante los primeros años de la década de 1930, fue el sostenimiento de fundamentos y referencias doctrinales que asignaban a la herencia una potencia efectiva a nivel etiológico. Así por ejemplo, el artículo publicado por Dr. Hernández Ramírez (1933) sobre atrofas musculares del tipo Charcot-Marie, recuperó los aportes Dejerine Sainton (1849–1917) y George Marinesco (1864-1938). Ambos especialistas fueron neurólogos que trabajaron con Charcot en la Salpêtrière, y se interesaron por la investigación de las enfermedades hereditarias y familiares, y el estudio de los cambios degenerativos de las células nerviosas normales. Asimismo el artículo del Dr. Hernández Ramírez, también mencionó las consideraciones de Antônio Austregésilo, neurólogo brasileño, pero en este caso para discutir sus hallazgos y diferenciarse de su explicación sobre los mecanismos de formación de síntomas. La distancia teórica trazada por el médico interno del Asilo de Oliva respecto a su colega brasilero, se comprende aún más, al señalar que el Dr. Austragésilo (1876 –1960) fue el precursor del psicoanálisis en su país y según sus explicaciones los síntomas de la enfermedad guardaban cierta vinculación con “la sugestión y lo sexual- nervioso”.

Es notable la similitud entre las producciones científicas de los alienistas de Oliva que se vienen trabajando, con las dinámicas representativas de la psiquiatría europea de mediados del siglo XIX. En esos términos, se alejaban de los postulados pineleanos para adentrarse en el estudio anatomopatológico de la enfermedad mental y la indagación del alcance de los mecanismos hereditarios (Lantéri-Laura, 2000; Vallejos, 2013). En esa dinámica, mientras era profusa la lectura local de bibliografía actualizada en materia de clasificación y etiología de las enfermedades mentales, se reforzaban ideas de alienistas clásicos tales como: J. Moreau de Tours (1804-1884), Trelat –padre- (1828-1890),

Magnan (1835- 1916) (Barrancos, 1935 a), De Santis (1863-1935) (Fontana, 1933), Sinton (1849–1917) (Hernández Ramírez, 1933) entre otras referencias.⁸⁰

No obstante, a esta altura es preciso no subestimar los procesos de adaptaciones y transformaciones de los saberes por parte de los profesionales vernáculos, revelando como afirmó Bourdieu (2000 [1990]), su carácter cambiante y su permeabilidad a las condiciones de “(...) los receptores, estando ellos mismos insertos en un campo de producción diferente (...)” (p.169). El artículo más representativo de estas dinámicas de cambios puede ubicarse a mediados de la década de 1930 con la publicación del Dr. Barrancos (1935 a), profesional que para entonces se encargaba de distintas tareas de admisión de pacientes en el Asilo Colonia de Oliva. Dicha publicación se tituló: “Padre e Hijos alienados” y, sostuvo el objetivo de “*demostrar el peso de la personalidad heredada, recogiendo 82 casos clínicos, en los que, al menos dos generaciones de la misma familia de alienados estuvieron internadas en Oliva*” (p.280). Su originalidad radicó en que a lo largo de la exposición el psiquiatra fue entretejiendo diferentes concepciones causales sobre la locura, articulando diferente literatura médica. Sus postulados, reunieron en un mismo texto, distintos desplazamientos en materia de concepciones etiológicas, a lo que agregó su perspectiva sobre varios diagnósticos, a diferencia de la mayoría de los artículos del Boletín, en los que se analizaba un determinado cuadro psicopatológico por vez.

Si bien a primera vista, es notable el corte hereditarista de este estudio, puesto que no abandonó su certeza de que las afecciones respondían a determinaciones congénitas, su lectura también incorporó referentes de posturas psicodinámicas y nociones que tendieron a problematizar la influencia del ambiente, central en las imbricaciones entre eugenesia e higienismo. Es preciso leer el trabajo de Barrancos a partir de sus distintas aristas asociadas. En una de ellas, resultaron centrales sus referencias a las ideas de Trélat y las estadísticas realizadas por J. Moreau De Tours en el *Asilo de Ivry-Sur-Sein* (Francia). Así, el texto local reafirmaba que “*la herencia es la causa primordial de las enfermedades mentales, las causas de las causas*”, mientras retomaba aquellas cifras del asilo francés que evidenciaban que, “*al menos el 90 % de los casos de alienados presentaban antecedentes mentales*” (Barrancos, 1935 a, p.281). Con el mismo acento determinista, el

⁸⁰ La tradición de estos alienistas se caracterizó predominantemente por el enfoque positivista y experimental de sus estudios psiquiátricos, mucho de los cuales se referían a matrices eugenésicas y degeneracioncitas.

Dr. Barrancos explicaba que en su estudio no incluyó a los hijos de los alienados, los que, aunque todavía estaban indemnes, “*no tardarán en enfermar (...) de estos hijos creemos que un porcentaje apreciable deberá enfermar*” (Barrancos, 1935 a, p.281).

Como era usual en aquellos años (López-Beltrán, 2004) el texto de Barrancos identificó la conexión hereditaria propia de las teorías degeneracionistas rastreadas a lo largo del tiempo, atravesando genealogías enteras y otorgándole rasgos asociados a las características de la sociedad nacional. Como ha hecho notar Talak (2006 a) al abordar las relaciones entre la higiene mental y la eugenesia, también en estos renglones se puede inferir una equiparación entre los conceptos de “nación” y “raza”, a partir de los cuales el Dr. Barrancos vinculó los rasgos típicos de las “especificidades raciales argentinas” con los límites que se vislumbraban en el Asilo de Oliva para aplicar los métodos terapéuticos implementados en las instituciones europeas. En el artículo de Ferrer (1934) estas lecturas sobre las limitaciones nacionales para la aplicación de la laborterapia y sus menores éxitos terapéuticos en comparación a otras latitudes y “realidades raciales”, se encontraron explícitamente asociadas al “*criollo vago argentino*”.

En diversas publicaciones del Boletín, y en el mismo artículo de Barrancos (1935 a), se observaban ciertos desplazamientos sobre la fuerza que se atribuía a la herencia como determinante causal de la enfermedad mental. Es importante retomar las diferentes circunstancias que reclamaron la atención de los profesionales y que posibilitaron el diálogo entre distintas perspectivas, complejizando aquellas lecturas sobre la determinación atribuida a la carga hereditaria en la patología. Dado que las producciones de Oliva respondían usualmente a casos clínicos del establecimiento, los psiquiatras se planteaban interrogantes que también otorgaran sentido a lo observado entre sus pacientes. Uno de los planteos más sugerentes se abrió al poner en discusión el posible “*peso desigual de la herencia de la línea materna y paterna como causa de la locura*” y la relación entre la “*falta de semejanza en la manifestación de los rasgos hereditarios mentales con los del parecido físico*” (Barrancos, 1935 a, p.281).

Frente a estos interrogantes, en una primera instancia, Barrancos (1935 a) retomó datos estadísticos internacionales que mostraban la desigual influencia materna y paterna. En ese sentido, aunque sin mencionar la carencia de información que poseían sobre la historia de vida y antecedentes familiares de enfermedad de los alienados crónicos de Oliva, el psiquiatra afirmó que como había demostrado Baillarger para París, los datos recogidos en el Asilo de Oliva coincidían en “*(...) revelar que la locura de la madre (...)*

afectaba a un número mayor de hijos” (Barrancos 1935 a, p.282). En este punto, aunque el presente trabajo no ingresa a considerar clivajes de género, resulta oportuno rescatar la lectura de Dora Barrancos (2007, p.476) sobre un desvelo eugénico de época que consideró que la “degeneración” y el “perfeccionamiento de la raza” se iniciaban en la mujer. Sin soslayar esas visiones morales/médicas, la argumentación del Dr. Barrancos utilizó matrices conceptuales distintas a las que venía desarrollando, asociando sin ambages el peso de la herencia con el rol y las funciones maternas esperadas para la época. En sus palabras; *“el mayor peso de la herencia materna, se explicaría en parte, por la ausencia/presencia de cuidados de ésta para con sus hijos”* o *“por la convivencia más íntima de las hijas mujeres con la madre”* (Barrancos 1935 a, p.282). Efectivamente, como ha afirmado Vallejos (2013) la particularidad central de las discusiones de este momento histórico, residió en las dificultades que se presentaron al momento de delimitar el grado de autonomía de la herencia respecto de los influjos higiénicos.

Con una perspectiva parecida, el Dr. Ferrer (1939) presentó su análisis de un caso de homosexualidad masculina. En la publicación, la historia que cuenta el alienista es breve, pero resulta particularmente significativa en su planteo de que las fuerzas de la herencia eran más o menos rastreable en las líneas genealógicas del interno, aunque debían pensarse también a partir de la presumible injerencia del ambiente y los particulares cuidados que el paciente había recibido en su infancia. En esa línea la etiología de esa locura, se vinculó a una historia de vida en que, tras la muerte de la madre, el enfermo pasó a convivir con su padre, quien fue ayudado por las tías del paciente en tareas de crianza del joven. En el escrito científico, se recompone un contexto familiar, en el que a pesar de mencionar comportamientos de indiferencia y desafectivización del padre, la explicación causal se derivó a *“los excesivos cuidados de las tías y la ausencia materna”* (Ferrer, 1939, p.84). Si bien el texto de Ferrer no presentaba referencias a la obra de Freud, resultó evidente la apropiación de nociones y aportes del psicoanálisis, utilizado de manera ecléctica y no institucionalizada, y, en este caso, no incorporado como un discurso disponible.

Otro foco de inquietudes que facilitó identificar deslizamientos conceptuales se asoció a los cuestionamientos profesionales sobre si los rasgos hereditarios se manifestaban del mismo modo en el aspecto físico que en aspecto mental del individuo. Como marcó López-Beltrán (2004) la psiquiatría a principios del siglo XX, postuló que ambos dominios (físico y mental) estaban regidos por factores de diversa índole, cuestión

que trascendía la carga genética. Para los alienistas del Asilo de Oliva, indagar el vínculo entre el parecido somático y el parecido psíquico en padres-madres e hijos-hijas, fue una fuente de incertidumbres, ya que, la sólo observación de los casos disponibles “*no les permitía (...) llegar a conclusión categórica alguna (...), hay personas de un notable parecido físico, en las que lo psíquico no guarda la misma exagerada similitud*” (Barrancos, 1935 a, p.283).

De acuerdo a las limitaciones imperantes para buscar respuestas a través de estudios experimentales, el Dr. Barrancos apeló a retomar la discusión a partir de diferentes argumentos teóricos y referencias doctrinales, instalando así, agendas vinculadas a indagar “*(...) si la forma, es decir la estructura del cuerpo físico, refleja o denuncia lo psíquico*” (Barrancos, 1935 a, p.283). Desde este cuadro de indagación, basado en análisis de estadísticas de otras latitudes, se fueron instalando perspectivas que reconocían las potencialidades transformadoras de la genética individual, denominada en esa época “*herencia de transformación*” (Vallejos, 2013, p.137). Para entonces, entre los médicos de Oliva la cuestión relativa a la “herencia” se tornaba un concepto mucho más complejo que el que fue entregado por las primeras exploraciones. En ese sentido, aunque los profesionales locales reconocieran como innegable “*en el campo de lo neuropsiquiátrico (...) la hereditariadad de ciertas enfermedades*” (Barrancos, 1935 a, p.283), según ellos mismos, el terreno de la clínica habilitaba a afirmar que lo que se heredaba no era verdaderamente una enfermedad, “*sino una predisposición para esa enfermedad, las predisposiciones del organismo, las ‘unidades hereditarias’ (genes), predisposiciones para cierto carácter o para cierta enfermedad*” (Barrancos, 1935 a, p.284).

El poder asignado a lo hereditario como factor etiológico, como fuerza natural de las enfermedades mentales, empezó a compartir terreno con otros factores explicativos. El monismo se debilitó como tal, no solo como consecuencia de la ineficacia de aquel modelo explicativo, sino más bien por el progresivo posicionamiento de otras perspectivas coexistentes. En ese contexto, las posturas degeneracionistas no fueron abandonadas en el Asilo de Oliva. Más bien, como también sucedió en la psiquiatría en general, se conformó un sistema de pensamiento a partir del cual la herencia y lo constitucional se establecía como una organización de sustrato anatómico, más ligado al elemento predisponente que etiológico de la locura (Navarraz y Miranda, 2009; Falcone, 2012; Vallejos, 2013). Así por ejemplo, aún en casos que mostraban un comportamiento

de alto riesgo y corte eminentemente psíquico, como el suicidio, el peso de la herencia orientaba las decisiones médicas. Ferrer y Cubas (1934) aseveraban que “*nadie ignora que entre los alienados internados es fácil encontrar entre sus antecedentes casos de suicidio en la familia (...) la herencia suicida corresponde al 10 %*” (p.177). Inclusive, estas cifras eran utilizadas para orientar el recorrido del alienado dentro del espacio institucional, de modo que cuando existían estos antecedentes, “*previo al paso por servicios de admisión, en los que siempre permanecen en cama en tanto se les estudia (...) van a los servicios de Vigilancia*” (Ferrer y Cubas, 1934, p.177-178).

Ciertamente, el encuentro entre postulados biologicistas, psicogenéticos y sociales, facilitó la adopción del concepto de predisposición como modelo explicativo causal. Las dificultades que el mismo concepto clásico de degeneración presentaba en las búsquedas de respuestas, conjugado a la relevancia que venían adquiriendo los argumentos sobre el poder del ambiente en el origen y evolución de las enfermedades mentales, facilitó la apertura hacia el análisis y evaluación del rigor de verdad de éstas y otras perspectivas, así como se desarrolló en otros países. En la sección de “Revistas de Revista” en el año 1935, se escogió para su reproducción una publicación realizada por un colega peruano, Honorario Delgado, Director del Hospital Victor Larco Herrera (Lima, Perú), titulada “El concepto de degeneración en psiquiatría” en donde se explicaba que este “renombrado” alienista

expone un concienzudo artículo poniendo al día el tan discutido concepto de degeneración (...) [planteando] (...) que la domesticación y el urbanismo relajan el vigor de la especie; a ellas se le debe el descenso de las condiciones primordiales de vida, y ella a su vez agrava, el ascenso vital. (Hernández Ramírez, 1935 c, p.73).

De hecho, entre los profesionales locales se imponían consensos sobre la relevancia que tenía la combinación de los factores constitutivos saludables y hábitos morales para pensarse el poder regenerativo de la salud. No había más que coincidencias entre los especialistas de Oliva con las nociones del psiquiatra peruano cuando aquel sostuvo que, “*la degeneración en el individuo aislado es un concepto descriptivo y no valorativo; se refiere a un producto, combinación de factores que constituyen una disposición desfavorable al equilibrio*” (citado en Hernández Ramírez, 1935 c, p.74).

3.2.2. El Regeneracionismo

La medicina francesa de la primera mitad del siglo XIX había abordado la problemática de la herencia normal y patológica de las enfermedades mentales. Sus principales obstáculos se presentaron en las dificultades para realizar afirmaciones precisas sobre los límites de la carga congénita y distinguir qué fenómenos correspondían a la fuerza hereditaria y cuáles a los poderes de las influencias higiénicas (Vallejos, 1992). Los médicos del Asilo de Oliva retomaron estos mismos interrogantes enfrentando obstáculos similares. La creciente preocupación por la perpetuación de lo transmitido se reflejó en reiteradas menciones a los postulados y prácticas eugenésicas propulsadas por el movimiento de la LAHM (Talak, 2006 a, 2006 b), las que, yendo más allá de las posibilidades del alienismo, estaban orientadas “(...) *al mejoramiento de las condiciones ambientales para evitar o minimizar la aparición de enfermedades o anomalías en la sociedad presente*” (Talak, 2005, p.564).

Si bien las producciones científicas realizadas por los alienistas de Oliva no abandonaron los fundamentos etiológicos de una psiquiatría basada en la biología y en la neurología, sus inquietudes por interrogar la pertinencia de tales saberes teóricos y los modelos más adecuados de acceso a la realidad de la patología, fueron marcando transformaciones en sus perspectivas, en conjunción con este posicionamiento conceptual con un mayor énfasis en los factores ambientales. Resulta revelador de este ambiente, las críticas que se arrojaron sobre la falta de precisión que, según se marcó, existía en el estudio de lo hereditario como determinante de la esfera psíquica, ya que,

(...) en materia de herencia biológica, principalmente psicopatológica, principalmente en el orden psiquiátrico, no se puede esperar nada matemático, de exactitud rigurosa, (...) a pesar del rigorismo científico de las investigaciones (...) La experimentación de los biólogos se refiere de preferencia a la herencia de los caracteres somáticos, estructurales; la experimentación no puede hacer lo mismo, con el mismo rigor, con lo psíquico. (Barrancos, 1935 a, p.284)

Esta apertura a lo social fue sedimentando el terreno al concepto de “regeneración”, ámbito propicio que facilitaba el encuentro entre enfoques psico-sociales y organicistas. Asimismo, estas alternativas pusieron en juego un andamiaje de formulaciones que legitimaba a los alienistas locales como integrados a un campo de

indagaciones científico-médicas en transformación. Uno de esos renglones se vinculó a la necesidad de considerar los mecanismos de la herencia en cuanto a la unión de las células sexuales y la idea de que ellas “(...) no se mezclaban, sino que generaban un nuevo individuo” (Gonzalez Canalejo, 2011, p.15). En función de ello, las reflexiones de los especialistas de Oliva iban dirigidas a las consecuencias de que la herencia fuera una “(...) *sucesión constante a través de las generaciones, (...) a cargo de las moléculas germinativas, ubicadas en las células sexuales, y ya no en la sangre*” (Barrancos, 1935 a, p.284). Así, reflexionaban sobre las consecuencias de tal afirmación, ya que, “*los genes en la fecundación se unen pero no se mezclan*”, lo que les permitió pensar en los potenciales regenerativos de la raza (Barrancos, 1935 a, p.284). De acuerdo a lo que postulaba el Dr. Barrancos, la importancia de este fenómeno radicaba en que podía explicarse que los antecedentes de un cónyuge sano “*neutralicen los antecedentes psicopatológicos del otro conyugue. (...). El factor que predispone al individuo a las enfermedades es transmitido por la sinapsis de los cromosomas paterno y materno; o sea, no se transmiten las alteraciones existentes*” (Barrancos, 1935 a, p. 284). Esta afirmación facilitó que el psiquiatra defendiera posteriormente que “*las enfermedades llamadas hereditarias, son llamadas así impropriamente*” (p. 285).

En los escritos científicos en análisis, como se corroboraba en otros ámbitos académicos de la época, los conceptos de “herencia”, “dominancia”, “predisposición”, “herencia ambiental”, se caracterizaron por su imprecisión y en oportunidades fueron intercambiables. En el mismo sentido, también fue posible encontrar razonamientos que revelaban la creencia en la fuerza regeneracionista de la naturaleza, la cual retornaría a su plan original de la salud, tan pronto como se modificaran las causas ambientales accidentales que habían alterado la organización del organismo (Vallejos, 2013). El trabajo de Barrancos (1935 a) fue el que más denodadamente expuso este tipo de argumentos, traducidos en términos biológicos, dando curso a una hipótesis según la cual, la regeneración era

más frecuente que la degeneración (...) [dado que] la regeneración forzosamente se hará sentir por vía de las uniones conyugales equilibradoras. Estará siempre presente la herencia latente de los sujetos sanos. Minkowska y Minkowsky en el árbol genealógico de las familias B y F (...), nos hacen ver en forma (...) irreprochable, la tendencia

regeneratriz que la misma naturaleza, tan sabia y admirable, se encarga de ejercer.
(Barrancos, 1935 a, p.289)

Por su parte el artículo de Bringas Núñez (1934) fue un poco más allá, al afirmar que el concepto de regeneración impulsaba el acercamiento a la influencia de factores ambientales y culturales en materia de enfermedades mentales, “*los que podían obrar aún en ausencia de la predisposición constitucional*” (p.241). A partir de allí, distinguió entre la “*personalidad heredada y la adquirida*” (Bringas Núñez, 1934, p.244), insistiendo en que la primera podía sufrir modificaciones y transformaciones en presencia de factores estresantes, originando así la “*personalidad adquirida*”. La idea de la existencia de una “*interdependencia funcional, entre lo físico y lo psíquico*” marcó un interesante panorama, el que propició (según se desarrolla más adelante) la articulación de referencias y conceptos psicoanalíticos, pero claramente orientados a fundamentar postulados eugénicos.

Las transformaciones operadas a nivel de los modelos conceptuales (etiopatológicos) se reflejaron en los modelos de intervención terapéutica y sus postulados teóricos. La laborterapia, tal como se desarrolla en el siguiente capítulo, actualizó sus referentes teóricos a partir de los aportes de Hermann Simon y se renombró como praxiterapia. Además, en la medida en que se prestaba mayor atención a las condiciones de vida (sociales y ambientales) y sus influencias en los estados de salud y enfermedad mental, se fueron incorporando tales nociones a las intervenciones terapéuticas de la laborterapia, introduciendo música, deportes, juegos y paseos (Vidal Abal, 1935 c).

Por su parte, la práctica profesional de realización de diagnósticos diferenciales también experimentó variaciones como consecuencia de la apertura hacia el terreno de los factores sociales y culturales, de las explicaciones sobre las causas de la patología y la restitución de la salud. Se replanteó la modalidad de valoración inicial de los pacientes otorgando una mayor importancia a la observación conductual de los enfermos, ya que según afirmaron los alienistas de Oliva “*El juicio y concepto clínico del psiquiatra muchas veces era supeditado/descalificado en pos del ‘dogma biológico’*”. También se reivindicó “*la labor y análisis clínico para realizar el diagnóstico diferencial abogando por cierta autonomía necesaria de los resultados que arrojaban las pruebas de laboratorio*” (Fontana, 1934, p.266).

No obstante, a pesar que en ocasiones se llegó a conceptualizar al alienado mental como un reflejo del ambiente en que vivía o había vivido (Barrancos, 1935 a; Bringas Núñez, 1939, 1941), las intervenciones terapéuticas (como la recomendación de aplicar el tratamiento de asistencia familiar en el interior del manicomio) no estuvieron atravesadas por ideas psicodinámicas de época. Semejante asimilación habría exigido un mayor alejamiento del modelo biologista imperante, al postular que los conflictos intrapsíquicos devenían en elementos explicativos fundamentales, y a su vez hubiese implicado también rupturas con el movimiento alienista muy difíciles de asumir en ese momento (Barrancos, 1935 a).

A esta altura, es importante destacar algunas limitaciones de la realidad institucional concreta que habrían definido la agenda de las producciones del Boletín de Oliva. Por una parte, el mismo rol del alienista y su espacio privilegiado de acción, el Asilo, marcaba posibilidades reducidas para ciertas aperturas a determinadas propuestas. No resulta un detalle menor que la premisa del regeneracionismo se sostenía en la trilogía higiene, salud y educación. Luego de asumir los factores hereditarios en la patología, se centraba en la educación y ‘desestigmatización’ del enfermo para propiciar su salud mental, enfatizando la tendencia del organismo a la recuperación del equilibrio mediando una intervención educativa (González Canalejo, 2011).

Por otro lado, no sólo la restrictiva condición institucional habría obstaculizado la profundización en ideas y modelos de corte higiénico y profiláctico, también, el universo de patologías con el que lidiaban estos psiquiatras habría colaborado en el sostenimiento de cierto determinismo hereditario en aquellos diagnósticos que “no ofrecían dificultades”. La aseveración sobre la transmisión de la “predisposición” de una generación a la otra, que llevaba a la presunción de que la herencia no era condición suficiente para enfermar, era una teoría difícil de pensar en enfermedades como la esclerosis en placas o la debilidad mental, entre otras. De hecho, como ha repasado Vallejos (2013) este modelo presentaba serias dificultades a la autonomía completa de la causa.

Para mostrar este tipo de configuraciones, el ejemplo más claro puede encontrarse en los últimos párrafos de la producción del Dr. Barrancos del año 1935, cuando el especialista se interrogó específicamente por la etiología de la locura y los alcances de la fuerza de la herencia y la de los hábitos. Para responder a esta pregunta, en su acercamiento a los 82 casos de padre e hijos alienados, se centró en las diferencias entre

cada patología a considerar. Las soluciones más simples resultaron en aquellos diagnósticos que pueden llamarse “buenos modelos” de la locura (Gauchet, 1997; Foucault, 2015 [1967]), es decir, que respondían a sustratos biológicos y por tal motivo podría aplicárseles el modelo de la medicina de corte positivista. En efecto, para la epilepsia o parálisis general progresiva el determinismo hereditario era reconocido como “más notorio”.

Para otras patologías, cuyos diagnósticos presentaban dificultades de análisis para los alienistas, su lectura fue menos determinista, ya que, como concluyó Barrancos (1935 a), citando al “*gran autor italiano De Sanctis (...) en ese aspecto de la herencia ambiental tenemos poca experiencia, [ya que] pocos psicasténicos llegan a los manicomios (...)*” (p.294). La incorporación de la influencia del ambiente y de la época como elementos que podían modificar la genética se visibilizó en las publicaciones que abordaron patologías como las toxicomanías (alcoholismo y morfínomía), cuya marcada prevalencia institucional fue leída a partir de factores económicos y sociales coyunturales (como crisis de la económica nacional) y no a la falta de eficacia de las intervenciones terapéuticas (frente a las cuáles no existía un acuerdo) (Ferrer, 1936).

Reviste cierta complejidad afirmar que las críticas de los alienistas locales a la determinación hereditaria implicaron posturas que llegaban a afirmar la inexistencia de aquellos fenómenos genéticos, tal como se postuló, por ejemplo, en la obra de Pierre Mongellaz publicada en 1828 (Vallejos, 2013). No obstante, el contexto en que se remarcaron las concepciones y debates etiológicos desarrollados por los psiquiatras del Asilo de Oliva deben interpretarse en el marco de aquella imprecisa modernización de la psiquiatría argentina en transformación a la que refiere Falcone (2012, 2013). La autora describe el panorama disciplinar como un escenario permeable a incorporar “nuevos” modelos e hipótesis para entender el origen de ciertas enfermedades, conformando una especie de collage de piezas que dan cuenta de un clima de época en el cual estaba en crisis el diagnóstico por herencia y degeneración y las concepciones organicistas perdían consistencia. De esa manera, se entienden los vacíos y dudas que planteó el texto de Barrancos en 1935, al señalar que, en patologías tan extendidas en Oliva como la paranoia crónica “*no hemos comprobado la herencia de caracteres o atributos típicos neurológicos*” [y] (...) *tampoco hay malformaciones verdaderas congénitas y hereditarias en la más importante de las enfermedades mentales, la que puebla los manicomios con un contingente más numeroso, cual es la demencia precoz*” (p.294).

El análisis realizado a lo largo de este capítulo ha mostrado la discusión sobre las conceptualizaciones relativas a la etiología de las patologías en el discurso médico de Oliva, que guardó semejanzas con el movimiento alienista europeo y sus avatares en la fundamentación de una certeza sobre la determinación familiar a lo largo del siglo XIX. Aunque no reconoce un orden secuencial, fue posible rescatar elementos que conducen a pensar en ciertas dinámicas de discusión teórica y reconceptualización. A lo largo de las diferentes producciones científicas se citaba profusa literatura médica europea y estadounidense que respaldaba las teorías hereditarias en materia de enfermedad mental, mencionando, de manera reiterada, la importancia de los estudios sobre antecedentes genealógicos, la recuperación de la historia familiar y de casos de alienación en sus miembros y la búsqueda por hallazgos de anatomía patológica. Sin embargo, también fue posible encontrar en combinación a fundamentos higiénicos, interrogantes por parte del cuerpo médico sobre los determinantes sociales o condiciones desencadenantes de la patología.

CAPITULO 4

La faz terapéutica en el Asilo: torsiones prácticas y conceptuales

Desde las primeras décadas del siglo XX la psiquiatría atravesaba un proceso de búsqueda de respuestas al problema de la cronicidad. Como se ha mostrado en los capítulos anteriores, las discusiones y transformaciones de los modelos conceptuales sobre las enfermedades mentales definieron distintos perfiles de intervención profesional que señalaban modalidades, prioridades de atención y áreas de intervención específicas. La consideración de los factores exógenos y la importancia de actuar preventivamente sobre la sociedad, pilares de los proyectos de la LAHM, cristalizaron en propuestas concretas de apertura de nuevos dispositivos terapéuticos, como los servicios psiquiátricos abiertos, los consultorios externos y las prácticas ambulatorias (Klappenbach, 1999; Talak, 2006 a; Falcone 2012). El objetivo de estas alternativas era captar y atender precozmente estados previos de la enfermedad, para evitar su producción y reproducción.

En el marco de este panorama disciplinar, el cuerpo médico del Asilo Colonia de Oliva no abandonó los principios teóricos del modelo alienista que venía sosteniendo, pero, al mismo tiempo, buscó incorporar dinámicas que los vincularan a los postulados de la LAHM. Los modelos etiopatogénicos y diagnósticos constituían solo una cara de esa moneda. Es posible conjeturar que la modernización del rol profesional propuesto por la Liga, a partir de la década de 1930, interrogó la asistencia manicomial brindada a los alienados y motivó la búsqueda de criterios científicos y disciplinares para el desarrollo de las prácticas terapéuticas.

Como se analizará en este capítulo en vistas del nuevo panorama que imperaba en cuanto a las críticas a la efectividad de las instituciones manicomiales, los profesionales de Oliva también sostuvieron una agenda orientada a calibrar y ajustar la matriz

conceptual y práctica de la laborterapia, terapéutica fundamental de la asistencia psiquiátrica con la que se trataba a los pacientes. En ese marco se produjeron algunos intercambios teóricos dignos de abordaje, los cuales permiten complejizar aquella visión dominante que ha sostenido que, los fundamentos de la implementación de la laborterapia entre 1914 y 1930 en Oliva, respondieron de manera prioritaria a la búsqueda de beneficios económicos (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 1999, 2002, 2010). Para la realización de este análisis se retomarán los aportes historiográficos sobre la laborterapia en Oliva entre 1914 y 1930, avanzando en el análisis de las publicaciones científicas aparecidas en los boletines de Oliva entre 1933 y 1942. Sobre este último recorte se pondrá en análisis especialmente la injerencia de factores disciplinares que operaron en la construcción del discurso científico bajo los lineamientos de profilaxis e higiene mental.

4.1. La productividad como matriz de la laborterapia, 1914-1930

El análisis de los métodos terapéuticos más utilizados para el tratamiento de la locura en instituciones psiquiátricas argentinas evidenció un desplazamiento e inversión de roles entre la práctica del tratamiento moral y la laborterapia a principios del siglo XX (Vezzetti, 1985; Falcone, 2012). En este proceso, la asignación de actividades laborales a los alienados, que inicialmente era solo uno de los elementos del tratamiento moral, fue adquiriendo importancia hasta constituirse en el eje de funcionamiento de las instituciones Asilo Colonia. La psiquiatría fue acentuando de manera progresiva el énfasis por mantener activos, mediante la asignación de tareas que resultaran provechosas, a los enfermos mentales que residían en los establecimientos psiquiátricos (Huertas, 1988; Agüeros y Eraso, 1999; Eraso 1999, 2002; Stagnaro, 2015). El trabajo en pequeños talleres artesanales que privilegiaban el diálogo entre el especialista y el enfermo (tratamiento moral), fue reemplazado por el desarrollo de actividades ocupacionales a gran escala en grupos numerosos de pacientes. Así, el propósito de reeducación moral del alienado fue debilitándose en pos de su función productiva y el tratamiento moral quedó relegado a un lugar secundario. La fisonomía de las instituciones *Open Door* se asemejó cada vez más a establecimientos fabriles, en los que el espacio hospitalario ofrecía áreas terapéuticas orientadas a apoyar la economía interna institucional (Huertas, 1988; Eraso, 1999, 2002; Sacristán, 2017; Gómez, 2017).

De modo similar a lo ocurrido en otras latitudes europeas y latinoamericanas, las prácticas terapéuticas implementadas en el Asilo de Oliva también desplazaron de manera progresiva el componente moral a un lugar de menor influencia. Los estudios historiográficos centrados en el establecimiento, revelaron que, desde su fundación y al menos hasta la década de 1930, el discurso médico sobre la laborterapia fue asociando el factor de la productividad al componente terapéutico moral (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 2002). Finalmente la laborterapia acabó por erigirse en la intervención privilegiada, articulando sus fundamentos teóricos con la creciente preocupación por la incurabilidad de las enfermedades mentales y el presupuesto institucional (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 1999, 2002).

La importancia progresiva atribuida al trabajo de los enfermos mentales como modalidad terapéutica en los Asilo Colonia estuvo asociada a dinámicas disciplinares, y también, a circunstancias socio-culturales, políticas y económicas (Eraso, 2002; Sacristán, 2017). Para los primeros alienistas franceses, y para Lucio Meléndez en el caso argentino, la significatividad del trabajo en los manicomios se concentraba en su aspecto moralizante, como ordenador de las pasiones, sin considerar el elemento productivo en sí mismo (Vezzetti, 1985; Requiere, 2000). Eraso (2002) vinculó la escasa relevancia otorgada a la idea de productividad como sustento institucional, con aquellos años en que aun imperaba “la creencia de la naciente psiquiatría en la posibilidad de cura de las enfermedades mentales, es decir, un pronóstico optimista de recuperación y de reinserción social de los enfermos” (p.40). En contraposición, una vez asumida la incurabilidad de la patología, la sobrepoblación de pacientes en las instituciones psiquiátricas se acentuó, junto a una constante preocupación por el gasto público implicado en el sostenimiento del sistema hospitalario psiquiátrico (Requiere, 2000; Eraso, 2002; Gómez, 2017).

En este sentido, el énfasis en la laborterapia no fue ajeno a los cambios operados por la especialidad en sus modelos conceptuales sobre etiología y pronosis de la enfermedad mental. La adopción del organicismo con sus presunciones de incurabilidad, acentuaba el crecimiento de la población crónica en los hospitales psiquiátricos y tornó necesaria la aplicación colectiva del tratamiento moral, que derivó en la extensión a gran escala de las actividades laborales de los pacientes (Eraso, 1999, 2002; Falcone, 2012). Como afirmaron Agüeros y Eraso (1999) el trabajo se constituyó como un modo de disciplinamiento, puesto que el desarrollo sistemático y reglado de actividades laborales

seriadas y reproducidas sistemáticamente, aseguraba la organización y supervisión de un grupo numeroso de enfermos a cargo de escaso personal.

Sumado a estos factores disciplinares, otras circunstancias externas al campo psiquiátrico también favorecieron la centralidad de la laborterapia. Es de destacar que el trabajo se erigía como un valor de época ligado al desarrollo capitalista y simbolizaba el progreso de la nación a través de una actividad “dignificadora” para la persona. Esta actividad, considerada como “esencia” del hombre, fue fundamental para comprender la insistencia en el trabajo en cuanto principio ordenador de la existencia (Eraso, 2002). Finalmente, la extendida realidad de internaciones “de por vida” convertía al trabajo del enfermo considerado incurable, en una modalidad óptima en los establecimientos que, como Oliva, se orientaron a la atención de indigentes. El desempeño laboral de estos pacientes representaba una retribución a los cuidados obtenidos, que además favorecía el sostenimiento económico del establecimiento (Eraso, 1999).

Los proyectos institucionales impulsados por Cabred, y particularmente el Asilo Colonia de Oliva, reflejaron la centralidad asignada a la laborterapia como elemento privilegiado del tratamiento moral y eje estructural de la asistencia terapéutica (Cabred, 1908). La adopción de estos postulados como pilares rectores de la organización de Oliva, fue formulada de manera clara en la primera Memoria Médica Administrativa del establecimiento:

El Tratamiento Moral del alienado, a través del trabajo, es uno de los factores principales en Asilos de esta naturaleza. (...) El ejercicio de muchas tareas al aire libre, permite, la fácil ocupación de muchos insanos, que se ha procurado establecer desde un principio. (Vidal Abal, 1914, p.13)

No obstante, las referencias de Cabred y Vidal Abal sobre el tratamiento moral, ponen de relieve ciertos desplazamientos disciplinares en relación al discurso europeo, en el cual la modalidad de asistencia más representativa de las instituciones *Open Door* era referida específicamente como “laborterapia” (Huertas, 1988). Posiblemente, las menciones al tratamiento moral fueron consideradas clave por los alienistas argentinos durante la puesta en marcha del Asilo Colonia de Oliva, y la utilizaron inicialmente para dar solidez al modelo de institución proyectado. En efecto, luego del año 1919, el cuerpo médico abandonó el término de “tratamiento moral”, ya que, esta denominación estaba

francamente devaluada en el lenguaje psiquiátrico internacional de la época (Eraso, 2002). A propósito, solo habrían permanecido los postulados que ligaban el desarrollo de las actividades laborales como condición para el “buen gobierno” del establecimiento y, en especial, como síntoma de una buena moral en los internos (Agüeros y Eraso, 1999).

El énfasis en el componente productivo que los alienistas de Oliva atribuyeron a la laborterapia se intensificó a partir de la década del 1920, dado que el rédito material obtenido servía de medida paliativa a la inestable realidad institucional (Eraso, 1999, 2002). La amplitud de criterios que guiaban la selección de pacientes aptos para su aplicación y el crecimiento de espacios laborales institucionales, fueron representativos del interés en incluir a la máxima cantidad de pacientes posibles en el desarrollo de estas actividades. Asimismo, Agüeros y Eraso (1999) y Eraso (1999), afirmaron que la necesidad de expansión de la laborterapia en Oliva con fines de sostenimiento institucional, también se vio reflejada en los fundamentos de los cambios efectuados en la matriz organizacional del establecimiento en el año 1919 y la redistribución del cuerpo médico realizada en 1926.

En cuanto a los criterios que imperaron para la aplicación de la laborterapia, al menos hasta la década de 1930, se caracterizaron por su simplicidad y facilidad de concreción, prevaleciendo aquellos discernimientos que apuntaban a la aptitud física de los enfermos para desempeñarse en actividades laborales (Eraso, 1999).

La asignación de tareas según el sexo biológico mostró una tendencia similar de expansión de la laborterapia, que se tradujo en la creación de propuestas laborales anudadas a las necesidades del asilo. En los primeros años la división del trabajo se realizó según el sexo biológico de las personas y fue posible detectar elementos normativos que operaron legitimando identidades genéricas dicotómicas⁸¹. Sin embargo, desde mediados de 1920, estas distinciones se fueron volviendo difusas y las mujeres comenzaron a desempeñarse en espacios de labor que hasta ese momento eran exclusivos para los hombres. De acuerdo con Eraso (1999) no debería perderse de vista que estos cambios respondieron también a cuestiones económicas. La disipación de preceptos relativos al género a nivel de tareas laborales, en definitiva, procuraba maximizar la cantidad de pacientes crónicos trabajando.

El diagnóstico psiquiátrico asignado al paciente, no fue tampoco, un criterio diferencial para la aplicación de la laborterapia durante la década de 1920. El rasgo esencial

⁸¹ Se considera importante contemplar que desde una perspectiva de género, tal clasificación implica el abordaje y desarrollo de un análisis más profundo sobre la temática que, dada su complejidad, no se realiza en el presente trabajo debido al alcance y los objetivos propuestos.

tenido en cuenta fue la condición de enfermo crónico o convaleciente, casi de manera independiente al cuadro patológico (Eraso, 1999).

El crecimiento de los espacios institucionales dedicados a las actividades laborales de los internos, también revelaba el interés por extender la técnica como fuente de recursos institucionales. Desde su apertura, las áreas en la que el alienado podía desempeñarse se clasificaban en tres secciones: “Actividades de Taller”, “Trabajo Agrícola o de Explotación de Tierra” y las “Ocupaciones Varias”⁸² (Eraso, 1999). En el año 1926 se ampliaron las secciones ya existentes de confección de piezas y compostura de “costurería”, “zapatería”, “escobería” y “colchonería”, permitiendo triplicar la cantidad de enfermos abocados a tales labores, y también, se creó la sección de “alpargatería” y “talabartería” con la misma finalidad (Vidal Abal, 1930, p.70). Además, al año siguiente y dado la productividad del trabajo alcanzado, el director ofreció el intercambio de artículos con los hospitales dependientes de la CAAHR. Esta propuesta fue leída por Eraso (1999) como un engranaje en la política de utilización del trabajo del paciente crónico “como mano de obra barata para reducir costos hospitalarios” (p.112).

Para Eraso (2002, 1999) y Agüeros y Eraso (1999), el objetivo de las reorganizaciones en la matriz institucional de Oliva también apuntaron a la búsqueda de máximo rendimiento de la laborterapia. Durante la década de 1920, los pacientes considerados crónicos representaban el 80-85 % de la población total del establecimiento. Dada su magnitud, era necesario facilitar la disponibilidad de este grupo de internos para las actividades laborales, a través de una reorganización espacial y del personal de la institución (Eraso, 1999). La subdivisión del sector del Asilo en las áreas de enfermos “tranquilos trabajadores” y enfermos “inaptos para el trabajo” (en el año 1919), distinguió a las personas internadas según su capacidad para desarrollar actividades laborales que colaboraban con el sostenimiento institucional. Lecturas similares se realizaron con la reestructuración efectuada en 1926, que reasignó la mayor parte de médicos al área de

⁸² Los espacios de “taller” incluían la confección de piezas y composturas de vestimenta, fabricación de escobas y colchones, trabajos con finalidad de reparación, conservación y renovación de mobiliario e inmuebles (albañilería, carpintería, hojalatería, pinturería, herrería, etc.), producción de objetos destinados al consumo interno (matadero y carnicería, panadería, fábrica de jabón, curtiembre, etc.) y las industrias espaciales (fábrica de ladrillos y mosaicos). La sección de “trabajo agrícola” incluía actividades de huertas, sembrados y criaderos (gallinas, conejos, etc.). Finalmente, la rama de “ocupaciones varias” se refería al trabajo en lavadero, cocina central, servidumbre, banda de música, biblioteca, mucamos de villas y ayudantes de hospital. Para un análisis más extenso véase: Eraso Y. Trabajo Alienado. Aportes para la comprensión del trabajo de los enfermos mentales en una institución psiquiátrica pública: Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva (Pcia. de Córdoba) 1914-1934 [Tesis de licenciatura]. [Córdoba]: Escuela de Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba; 1999.

menor cantidad de pacientes (el Hospital), en tanto solo uno de ellos (el director) quedaba a cargo del área más extensa del Asilo que albergaba alrededor del 80 % de los internados y en donde la aplicación de la laborterapia, se realizaba de manera intensiva (Eraso, 1999).

En palabras de Eraso (2002), la última reestructuración indicó que la asistencia psiquiátrica como tal, ya no sería una atención a ofrecer a los pacientes considerados crónicos; “los pacientes agudos, debían recibir asistencia psiquiátrica, en tanto que la mayoría de la población, los crónicos, asistencia social [contribuyendo] económicamente a su sostenimiento” (p.52). No obstante, la consideración de los cuidados dispensados en el área del Asilo, caracterizados como una asistencia social (cuidados médicos generales que apuntaban al sostenimiento básico de la salud, proporcionar techo y alimentación), ha generado lecturas parciales, que no han tenido en cuenta las escasas opciones terapéuticas con las que contaba la especialidad durante las primeras décadas del siglo XX (Sacristán, 2001; Conseglieri, 2008).

La conceptualización que realiza Eraso (2002) del Asilo Colonia de Oliva como una “institución fabril más que un establecimiento hospitalario” (p.58) desdibuja el anudamiento existente entre la extensión de la laborterapia como respuesta al problema de la cronicidad, el vacío de terapéuticas disponibles y la erosión de la legitimidad profesional, que se hizo particularmente visible a partir de la década del 1930.

En los primeros quince años de funcionamiento de Oliva, resulta incontestable que la aplicación de la laborterapia se vinculó de manera particular al factor de la productividad como medida paliativa a la economía del establecimiento (Agüeros y Eraso, 1999; Eraso, 2002). En efecto, el análisis de los documentos institucionales demostraron que los fundamentos de la terapéutica conjugaron dos factores: la cronicidad (estancamiento o inmovilización de la población) y el presupuesto (insuficiencia de recursos). Para Eraso (2002), con el transcurrir de los años, ambos aspectos fueron dándole un tono al discurso médico sobre la laborterapia que lo alejó del netamente psiquiátrico. Sin embargo, distintos elementos ponen de relieve que no existió un absoluto abandono de los fundamentos científicos y terapéuticos de la técnica, ni tampoco un olvido por parte de los profesionales hacia los pacientes del sector del Asilo.

Como se profundiza en los próximos apartados, en los años 30, de la mano con los movimientos disciplinares emergentes y una creciente dinámica de reconceptualización sobre la terapéutica, los alienistas de Oliva trabajaron en la revisión de los alcances y límites de la asistencia que venían ofreciendo, como así también en la elaboración de

criterios más específicos para la selección de pacientes aptos para la aplicación de la laborterapia.

4.2. Tensiones en el modelo asistencial de Oliva

El escenario institucional a finales de década de 1920 reportaba la agudización del panorama de crisis en el establecimiento, mientras a nivel disciplinar se avizoraban las nuevas orientaciones propuestas por la LAHM. En un marco en que se asistía al ocaso de los proyectos de Cabred (Stagnaro, 2006; De Lellis y Rossetto, 2006) se exigieron reajustes y modificaciones a los modelos que los alienistas venían utilizando en los espacios manicomiales (Vezzetti, 1985).

El proceso de debilitamiento irreversible de las propuestas disciplinares iniciadas durante la segunda etapa de expansión del dispositivo psiquiátrico argentino se mostró con mayor nitidez. Los postulados básicos del alienismo fueron cuestionados por razones de carácter económico, político y disciplinar. Sumado a la intensificación del hacinamiento característico de las instituciones de tipo *Open Door*, en un nivel económico, se recortaron partidas presupuestarias a la asistencia social (Requiere, 2000; Di Liscia y Soprano, 2017). A nivel político, la centralización estatal produjo cambios en los reglamentos que regían al interior de los Asilos Colonia de alienados, restringiendo la autoridad de la figura de los directivos de los establecimientos a cuestiones netamente médicas, reduciendo así su injerencia en decisiones administrativo-económicas⁸³ (Eraso, 1999). A nivel disciplinar, la extendida realidad de la cronicidad evidenciaba la falta de efectividad de la laborterapia, lo que, en convergencia con posturas más organicistas y el énfasis médico en la profilaxis mental, cuestionaban los métodos de tratamiento de la locura (Eraso, 2002; Conseglieri, 2008).

Este panorama era especialmente acuciante en el Asilo Colonia de Oliva, ya que la apertura que mostraba la psiquiatría hacia el campo social era de difícil implementación en esa realidad institucional concreta. En suma, mientras la adopción de objetivos profilácticos en materia psicopatológica motorizados por la LAHM implicaba la

⁸³ El presidente Justo, estableció que la administración económica de los Asilos y Hospitales estaría a cargo de la Dirección de Administración del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, y por primera vez se decidía desde el Ejecutivo intervenir activamente en la explotación económica de las instituciones médico-asistenciales (Decreto del Poder Ejecutivo, 14 de Julio de 1932. Expediente n°737).

modernización del rol profesional del psiquiatra (Talak, 2006 a), el campo profesional y laboral del alienista estaba desgranándose.

La materialización de las propuestas de la higiene mental fue desigual en el territorio argentino. Oliva se encontraba excluido, lo cual agravó la posición de desventaja de los alienistas locales. Aunque en los primeros años del proyecto de la LAHM existió un fluido intercambio entre profesionales de Rosario, Capital Federal y Córdoba, el plan de acción alcanzó una concreción privilegiada en espacios de la provincia de Buenos Aires y la ciudad de Rosario (Allevi, 2013).

Algunos hechos resultan útiles para ejemplificar la disparidad regional en el desarrollo del programa organizado por la Liga con propósito de plantear una práctica hospitalaria abierta como nuevo recurso en el país. Tal es el caso de la creación en Rosario en el año 1930 del Comité Femenino Regional de la LAHM, dirigido por el Dr. L. Ciampi, y constituido por las esposas de destacados médicos locales (Allevi, 2013). Además, en la misma ciudad, previo a la institucionalización de la Liga, ya se encontraban en funcionamiento hacia mediados de la década de 1920 varios consultorios externos impulsados por el movimiento de higiene mental. En lo que respecta a la provincia de Buenos Aires, los consultorios externos se implantaron en el Hospicio de las Mercedes en el año 1931 y funcionaban desde el año 1924, en el Hospital Nacional de Alienadas (Falcone, 2010). En el interior de la provincia de Córdoba, y, más específicamente en el Asilo de Oliva, no se concretaron estas propuestas a pesar de la magnitud y rol desempeñado por el establecimiento en materia de asistencia psiquiátrica y recepción de derivaciones de enfermos.

Frente a estas circunstancias, la reacción del cuerpo médico que trabajaba en la institución se dirigió a visibilizar las condiciones contextuales de desigualdad respecto a otros manicomios. Nuevamente, en este contexto, aquel plan de descongestionamiento de los hospitales bonaerenses que había dado impulso a la creación de Oliva volvía a la agenda del director Vida Abal (1933), quien señalaba que, al ser “*el Asilo Colonia Regional mixto de alienados de Oliva (...) el único establecimiento, de esta naturaleza, (...) debe soportar los contingentes de alienados derivados de allí [Buenos Aires]*” (p.10). Efectivamente, los alienados trasladados desde aquellos nosocomios eran elegidos por su cronicidad (Eraso, 2002). El crecimiento constante de estos ingresos, en contraposición a las escasas altas terapéuticas, presionaba cada vez, con más ímpetu, el universo de recursos institucionales insuficientes. Pese a los reiterados reclamos de Vidal Abal, esta

situación, continuaba sin un horizonte de mejoría y, según él entendía, sus pedidos eran leídos con recelo por los médicos pertenecientes al movimiento de la higiene mental, y ahí residían parte de las resistencias para dar respuestas apropiadas:

Me lleva a redactar esta síntesis el motivo de (...) haberse acentuado en el año 1933, las necesidades expuestas en memorias anteriores, en cuanto a dificultades para una eficaz asistencia del número población de alienados con que cuenta a la fecha, y de la que no cabe esperar un alivio por descenso natural. (...) No me pasa por alto, Señor Presidente, que el remedio que propongo de aumentar la capacidad del establecimiento, pueda ser objetada (...) en el orden científico estricto por cuanto hay voces, y bien acreditadas que propugnan por la parquedad en las dimensiones a dar a la construcción hospitalaria, y más aún, que hasta se alzan voces no menos autorizadas que impugnan al Asilo de alienados, entendiendo que tal rodaje, está destinado en breve plazo a desaparecer o a convertirse en un anacronismo. (Vidal Abal, 1934 a, p.6)

En un plano, comenzaron a explicitarse las diferentes valoraciones asignadas a los espacios de intervención, los alienistas dentro del Asilo, y los psiquiatras que representaban la LAHM, en servicios externos. Las búsquedas de los alienistas discurrieron alrededor de demostrar los fundamentos de su rol profesional, mientras señalaban las omisiones y vacíos en el modelo de atención propuesto por el movimiento de higiene mental argentino. En otro plano, los intentos de resolución se orientaron a interrogar el tipo de asistencia psiquiátrica dispensada hasta el momento, para trabajar en su posible modificación. En estos términos, lo reconocieron dos médicos del establecimiento, el Dr. Vidal Abal y el Dr. Soler, en la comunicación que presentaron a la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social celebrada en Buenos Aires en 1933. Luego de mostrarse empapados de conocimientos y prácticas profesionales vigentes en la agenda internacional de esos años, sintetizaron un trazado histórico de la disciplina en argentina crítico de los alcances de la higiene mental en materia de asistencia psiquiátrica:

Lucio Meléndez y Domingo Cabred, jalonaron dos etapas en la asistencia de los alienados en nuestro país: con el primero, al alienado se le reconocieron sus derechos al Asilo y al Hospital; con el segundo, [...], la asistencia hospitalaria plasmó en moldes de amplitud, hoy en pie; los alienados fueron enfermos, y como tales, se procuró atenderlos a todos sin distinguo alguno. Del léxico corriente de cuidadores, celadores y enfermeros desapareció

el ingrato vocablo de “loco”, reemplazado por el de enfermo o asilado. Con Bosch, se jalona una tercera etapa; se entra de lleno en el campo práctico de la profilaxis y de la higiene mental, y en las prácticas del hospital psiquiátrico y del consultorio externo, pero, por encima de esto, y aún a riesgo de incurrir en reproche, se entra en el terreno de la divulgación, [...] necesario para el logro de finalidades esencialmente prácticas. (Vidal Abal y Soler, 1933, p.68)

Ambos alienistas de Oliva leyeron la emergencia de la LAHM como una nueva etapa en la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, esta modernización proponía una refocalización de la atención médica hacia la prevención de la enfermedad mental para evitar la cronicidad, privilegiando otros espacios de atención como los servicios ambulatorios y consultorios externos, en detrimento de las instituciones Asilos Colonias. Como manifestaron Vidal Abal y Soler (1933), las características estructurales de la realidad institucional de Oliva, no permitían “*asimilar de lleno las tareas de profilaxis e higiene mental*” (p.69).

Aunque las posiciones adoptadas por el cuerpo de profesionales del establecimiento pueden caracterizarse por sistemáticos intentos de amoldamiento a las propuestas del movimiento de higiene mental argentino (cristalizados en la creación del Boletín científico, las discusiones de casos en la Conferencia de Médicos y el mayor énfasis en las tareas profesionales en el área del Hospital), también fueron recurrentes sus lecturas críticas. En distintas oportunidades insistieron en el carácter “*esencialmente ‘práctico’ que revestían las nuevas orientaciones de la Liga*” (Ferrer, 1933, p.35). Claro que, al resaltar esta idea de practicidad, se sustentaba la intención de mostrar las preocupaciones que generaba el descuido de aspectos inherentes a la asistencia psiquiátrica del enfermo crónico.

A partir de ello, las producciones científicas de los psiquiatras de Oliva avanzaron en señalamientos de los vacíos en las nuevas propuestas, las que, además, dificultaban el ejercicio de su rol alienista, procurando despojar al Asilo de su razón de existencia:

se ha tratado y se trata de hacer desaparecer el llamado Asilo, lo que es de esperar, llegue a ocurrir andando el tiempo, una vez que por la eficacia de las nuevas orientaciones, disminuya el aporte de alienados con rumbo a la cronicidad, pero estamos muy lejos de esos tiempos (...), y por muchos años, la población de establecimientos grandes continuará representada por la del área del asilo. (Vidal Abal y Soler, 1933, p.70)

Al mismo tiempo, se hacía notar que la población de crónicos era una realidad de la cual la psiquiatría no podía olvidarse ni desembarazarse, intentando despojar a los alienistas de su adscripción disciplinar:

Pero, si las ideas actualizadas, nos llevan a la necesidad de proveernos de elementos como el ambulatorio, el preventorio, el servicio abierto, el consultorio externo, el hospital psiquiátrico en una palabra, y aspirar con estos recursos, a cegar en sus fuentes originales el mal, no por eso estamos autorizados a abandonar a su suerte, a tantos y tantos casos hoy considerados como cosa juzgada, ni a limitar nuestra acción, al simple embalsado o endicamiento, que no otra cosa representaría, una población de alienados crónicos, asilados durante años y años, en actividad o semi-actividad. (Vidal Abal y Soler, 1933, p.74)

Luego de señalar que el alienado crónico era rechazado por la sociedad y sus familias y olvidados por el Estado, reclamaron una actitud disciplinar distinta al pragmatismo científico que tendía a “*estancarlos como residuos, en puntos alejados [lo que] solo satisface una necesidad de urgencia, desembarazarse de molestias o de peligros, pero no resuelve más que un primer paso del problema higiénico planteado*” (Vidal Abal y Soler, 1933, p.74).

Las críticas a la LAHM implicaban en parte la negociación de la legitimidad del rol de especialistas en disputa, sobre el particular, se concentraron en señalar el desplazamiento que las nuevas alternativas operaban sobre el objeto de atención e intervención de la especialidad, conceptualizándolo como un “*desinterés por el caso del crónico e incurable*” (Vidal Abal y Soler, 1933, p.61). El director de la institución dio cuenta de la circulación internacional de estas visiones, citando las palabras del alienista francés Maurice Dide, quien también cuestionaba al movimiento de profilaxis e higiene mental:

En los últimos años se ha hablado mucho de lo que se ha llamado servicios abiertos... Y que este nuevo espíritu sólo se impondrá tras la creación de hospitales reservados a los primeros periodos de locura. Pero, ¿debemos por lo tanto ignorar a los discapacitados mentales [alienados crónicos]?⁸⁴. (Citado en: Vidal Abal y Soler, 1933, p.63)

⁸⁴ Traducción propia del original: «It, a été fait grand bruit, ces dernières années autour de ce qu'on a appelé les services ouverts. ... Et que l'esprit nouveau ne s'affirmera qu'après la création d'hôpitaux réservés aux périodes initiales de la folie. ... Doit-on pour cela se désintéresser des infirmes mentaux? »

Los alienistas de Oliva debían permanecer en el espacio asilar abordando un gran universo de pacientes crónicos, en un contexto en que se afianzaba la idea de su incurabilidad. Sin embargo, esta realidad no implicaba renunciar a la búsqueda de respuestas terapéuticas eficaces. Estas búsquedas no eran sólo consecuencias de una interpelación disciplinar, que proponía una psiquiatría profiláctica con interés hacia la población en general procurando una atención precoz. Estos profesionales debían responder concretamente frente al continuo aumento de pacientes crónicos. Ello, además de atentar contra la legitimidad de su rol, ponía en riesgo su propio régimen de vida y el de sus familias. Respecto a este último aspecto, es importante destacar que la radicación de sus actividades laborales en el Asilo de Oliva no fue un asunto coyuntural. De hecho, los miembros del cuerpo médico eran oriundos de la provincia de Buenos Aires y habían realizado su formación profesional en instituciones psiquiátricas de ese lugar. Posteriormente, se trasladaron al interior cordobés para desempeñar sus funciones en el Asilo Colonia de Oliva, lo que requirió que instalaran su vida allí.

Con los recursos que se encontraban a su alcance, los médicos de establecimiento debieron desarrollar alternativas asistenciales que incluyeran los elementos en los que se asentaba su tradición teórica alienista, y que evitara la ruptura del anudamiento borromeo que daba sentido a su identidad profesional⁸⁵. En esa dirección, como se viene mostrando desde el capítulo anterior, los alienistas se enfocaron en el desarrollo de reflexiones sobre las posibilidades de intervenir en aquellos pacientes que estaban siendo relegados por las nuevas propuestas disciplinares. El alienado crónico se transformó en un objeto privilegiado de atención para los psiquiatras de Oliva, y si bien ellos eran un evidente obstáculo para perfilarse en las líneas de la profilaxis e higiene mental, ante todo constituían la razón de ser para estos alienistas y de cualquier propuesta de superación que permitiera la pervivencia del Asilo.

Como lo expresó el Dr. Conrado Ferrer (1933), en respuesta a las dinámicas emergentes en el campo psiquiátrico argentino de inicios de la década del 1930, en Oliva era necesario “(...) *entrar a una nueva fase en la asistencia del alienado [existiendo] solo un método que llena todas las exigencias médicas, sociales, económicas y éticas: la*

⁸⁵ Para mayor detalle del anudamiento borromeo y los tres dominios de tensiones que definieron la problemática de los alienistas de Oliva, véase, capítulo 2.

laborterapia” (p.34). De acuerdo al momento crítico que enfrentaba la institución en estos años, sus médicos reconocieron abiertamente la necesidad de utilizar la laborterapia también como modalidad para responder a la insuficiencia de recursos materiales y humanos, pero, subrayaron que el aparato conceptual de la técnica debía ser apuntalado con fundamentos científicos renovados. Para el cuerpo médico era necesario replantear la asistencia brindada a los pacientes y, para ello, la revisión y ajuste de la práctica de la laborterapia se presentaba como una posible alternativa que entretejía un doble criterio: el administrativo (que incluía los componentes de la cronicidad y el presupuesto), y el científico (Ferrer, 1934; Hernández Ramírez, 1934 a). El carácter productivo-económico no excluyó una mirada médica que buscó organizar científicamente las actividades laborales de los alienados.

El abordaje de estas transformaciones conceptuales y prácticas de la terapéutica del trabajo del alienado pone en evidencia al menos dos puntos. Por un lado, como analizó Eraso (1999, 2002, 2010), la laborterapia trascendió lo terapéutico para ligarse al factor productivo, que incorporó al discurso médico una perspectiva económica ausente en los primeros años de la aplicación de la técnica (Eraso, 1999; Agüeros y Eraso 1999). Sin embargo, al retomar estos aportes historiográficos junto a la consideración del escenario disciplinar de época, con su énfasis en la profilaxis y la higiene mental, y las dinámicas de profesionalización de la psiquiatría (Allevi, 2017, 2018 a, 2018 b), es posible encontrar en la reescritura del aparato conceptual sobre la laborterapia, un interés científico y una preocupación por su potencial terapéutico que trasciende la importancia que se le asignó para el mero sostenimiento institucional. La aplicación de esta terapéutica, requirió de la elaboración de bases científicas, frente a la propuesta de modernización del rol del psiquiatra propuesto por la LAHM.

4.3. Nuevos desarrollos conceptuales: la praxiterapia

El andamiaje teórico de la laborterapia trabajado por los alienistas de Oliva se articuló con sus debates sobre la intelección de las enfermedades mentales. Las reelaboraciones conceptuales ligadas a la etiología, clasificación y pronóstico de la patología, habían conservado la incurabilidad como una figura destacada de indagación. La recomposición de la autoridad de los alienistas como profesionales de la medicina requería desarrollos

conceptuales a nivel de las intervenciones terapéuticas que les aseguraran resultados positivos sobre el dominio de la cronicidad y el espacio asilar.

Las réplicas de los psiquiatras de la institución involucraron distintos tipos dinámicas. Como se ha venido repasado, para los primeros años de la década de 1930, comenzaron a procurarse respuestas por una vía distinta a la intervención directa del gobierno central, que pusieron en evidencia los vacíos y los sesgos de las propuestas disciplinares de LAHM. A partir de allí, elaboraron alternativas de acción que otorgaron centralidad a la laborterapia como método que, si bien no tendría un potencial curativo, podía evitar el derrumbe total de la personalidad e impedir las internaciones de por vida, favoreciendo la reinserción social del enfermo. Los planteos institucionales se orientaron a imprimírle al Asilo características que lo "*asemejaran en cuanto fuera posible a la sociedad, para evitar la inactividad y el derrumbe total del alienado*" (Hernández Ramírez, 1934 b, p.295).

Si bien las publicaciones del Boletín mostraron que los psiquiatras locales recurrían a la aplicación de distintos tratamientos como, administración de bromuro, hematóporfirina, sulfato de quinina (Ferrer, 1935 b; Ferrer y Bringas Núñez, 1935 c; Escuti, 1937), baños de sábana, clinoterapia, asistencia familiar, visitas de parientes (Vidal Abal y Ferrer, 1935; Ferrer, 1938 a, 1938 b) y altas "a prueba" (Ferrer, 1936), ocupó un lugar central la reescritura de los fundamentos teóricos y la organización práctica del tratamiento más importante del que disponían: la laborterapia. Este renovado marco procuró responder a criterios de científicidad que superaran la referencia a las razones económicas y también buscó alejar a los profesionales de una función asistencial ligada a la caridad y beneficencia. En otras palabras, el aparato conceptual tendió a crear las condiciones para evitar que los alienistas de la institución corrieran el mismo destino de sus pacientes: un depósito de médicos a los que se les derivaban personas que ya no requerían de atención profesional. De hecho, era frecuente entre los profesionales del establecimiento, la frase que rezaba: "(...) si no cura, al menos trata la enfermedad" (Eraso, 2002)

En los años 30, se incorporaron al modelo teórico de la laborterapia postulados científicos que buscaron alejarla de aquella lógica productivista sobre la que insistieron Eraso (1999, 2002), Agüeros y Eraso (1999), ligándola al rédito material y al disciplinamiento de los cuerpos. Dado que las menciones al tratamiento moral como fundamento de la laborterapia ya se encontraban en desuso, se empezó a entrever una

búsqueda de nuevos criterios teóricos sobre la naturaleza y alcances de la práctica y sus modos de aplicación.

El Dr. Conrado Ferrer (médico interno del establecimiento) fue el primero en tomar por objeto de sus publicaciones el tratamiento por la laborterapia. Luego de presentar una revisión histórica sobre las distintas opiniones internacionales emitidas sobre sus beneficios administrativos y explicar la modalidad terapéutica implementada en el Asilo Colonia de Oliva, cimentó su valor científico en los beneficios que reportaba tanto para los internos como para los alienistas:

Bajo este sistema y control científico, los asilos de alienados dejan de ser depósitos de locos y sus médicos vulgares catalogadores. La laborterapia se funda en principios de observación y análisis, más importantes que la descripción al detalle de síntomas frecuentemente comunes en todas las afecciones mentales. (Ferrer, 1933, p.44)

El énfasis del Dr. Ferrer apuntó a resaltar las bases acreditadas de la terapéutica, para reconstruir por esa vía la imagen debilitada de los alienistas como profesionales de la salud, cuyo rol se encontraba interpelado por las propuestas por la LAHM (Allevi, 2017). Además, advirtió que ciertas decisiones ajenas al Asilo podían hacer entrar en contradicción el aspecto administrativo y terapéutico de la técnica, perjudicando sus alcances en la asistencia médica, cuando por ejemplo se buscaba *“la intensificación del trabajo, cargando un establecimiento constantemente de enfermos, sobrepasando su capacidad de menores proporciones de acuerdo a los servicios y personal disponible en el momento”* (Ferrer, 1933, p.37).

Las producciones teóricas del Boletín ligaron la laborterapia a los postulados de las nuevas orientaciones de profilaxis mental. El “tratamiento moral” ocupaba un lugar secundario en estas proposiciones, posiblemente por su fracaso en Europa. El aparato conceptual y práctico de la laborterapia, se entretejió así, a partir de los aportes del psiquiatra alemán Hermann Simon en su experiencia en la aplicación de la praxiterapia en el *Asilo de Gütersloh*⁸⁶.

⁸⁶ Hermann Simon fue un psiquiatra somaticista que había ensayado en el año 1928 su método de la praxiterapia con pacientes crónicos y también en casos agudos. Sus experiencias volvieron a colocar al trabajo en el centro de la organización manicomial, al insistir en que la adaptación del paciente al medio institucional laboral y el ofrecimiento de una gran variedad de ocupaciones a asignar de manera progresiva, según nivel de complejidad creciente, favorecería la reinserción social del paciente (Simon, 1937).

Es posible reconstruir el modelo teórico elaborado por el equipo profesional de Oliva sobre la laborterapia, bajo nuevos postulados y referencias doctrinales, a partir de las comunicaciones que establecieron con otros alienistas latinoamericanos, especialmente con profesionales brasileños como el Dr. Hernani Lopes, una figura reconocida del movimiento higienista de Brasil (Accorsi, 2018). Este facultativo puso en duda la aplicación correcta de las concepciones en boga sobre la laborterapia dentro del Asilo Colonia de Oliva (Vanadia y Rodríguez, 2019). Específicamente, un artículo publicado en los Archivos Brasileños de Higiene Mental, señaló que, aunque los “alienistas ‘cordobeces’ (sic)” eran prestigiosos, incurrían en notables inadecuaciones al hablar de laborterapia en sus artículos. Según el Dr. Lopes, en la aplicación de dicha técnica debía prevalecer el aspecto terapéutico sobre el factor económico y la preocupación utilitaria no debía relegar el elemento afectivo de cada paciente, lo cual se trasladaba a la propia denominación de la terapéutica (Lopes, 1933, p. 322). De acuerdo con estos lineamientos, aconsejaba que era “*preferible hablar de ‘praxiterapia’ o ‘terapia ocupacional’ en lugar de laborterapia, que es un tema mucho más restringido*”⁸⁷ (p.322). A decir verdad, en Oliva estas críticas fueron interpretadas como un tanto desmesuradas. Ferrer (1934), enseguida de aceptar que “*el término laborterapia era un hibridismo gramaticalmente indefendible*” (p.75) argumentó que la utilización del vocablo había implicado de todas maneras su aplicación adecuada y con rigor científico. En todo caso, admitió que las modificaciones prácticas respecto al modelo alemán propuesto por Simon, respondían a los límites de otro orden, vinculadas a la “*falta de personal suficiente, falta de recursos para la instalación de talleres de rendimiento exiguo, modalidades raciales, nivel cultural del tipo de población que ingresa, ausencia de gabinetes psicotécnicos, escaso números de médicos, etc., etc.*” (Ferrer, 1934, p.79).

Paralelamente, los alienistas de Oliva explicaban que la aplicación de la praxiterapia requería de una infraestructura institucional y organización profesional no disponible en el establecimiento. En efecto, el modelo elaborado por Simon incluía la realización de un estudio minucioso de la personalidad premórbida del enfermo, para lo cual se precisaba al menos, de un mayor número de profesionales, gabinetes psicotécnicos y el conocimiento de la historia previa del alienado⁸⁸. Asimismo, tal como señaló otro

⁸⁷ La traducción es propia. “Por tudo isso afigura-se-nos preferível fallar em "praxitherapia" ou em "therapeutica pela occupação" do que em therapeutica pelo labor, que é problema muito mais restricto”.

⁸⁸ Aspecto este último de difícil solución dado que las modalidades de ingreso más frecuentes en el establecimiento, se caracterizaban por los traslado por la policía o derivaciones de otras instituciones

psiquiatra del Asilo de Oliva tampoco se contaba con un departamento encargado de “*la prescripción del plan de laborterapia según edad, profesión, condición social, inclinaciones o vocación, diagnóstico mental, estado físico, periodo agudo, subagudo o crónico, trabajo manual en talleres, sol, aire libre, etc.*” (Hernández Ramírez, 1934 a, p.197). De esta manera comenzaba a explicitarse la mayor especificidad en los criterios para la selección de pacientes.

Otros conjunto de factores que se arguyeron como obstáculos en la aplicación directa de los principios de Simon, se supeditaban a lo que llamaron “consideraciones raciales”. El camino que llevó a los psiquiatras locales a esgrimir tales argumentos requiere algunas aclaraciones previas. Según las lecturas locales, el modelo alemán del método de la praxiterapia requería distinguir entre el cuadro mórbido de la patología y su personalidad premórbida. Como explicó Ferrer (1934) la sintomatología de origen orgánico de cada caso resultaba del cuadro mórbido, pero era necesario rescatar su personalidad premórbida, representada por la suma de las influencias hereditarias y del desarrollo evolutivo individual de la persona (experiencia previa, educación, etc.). Esta concepción de la enfermedad mental sostenida por Simon implicaba que los factores hereditarios operaban como predisponentes de la enfermedad, pero, la historia individual previa del sujeto podía influir en la evolución de su cuadro psicopatológico. Un modelo de intelección de la locura de estas características no era extraño a los debates teóricos que se reflejaban en la agenda de los psiquiatras de la institución, los que, se mostraron permeables al concepto de predisposición. En este sentido, resulta sugerente plantear que sus desarrollos en materia de diagnosis y etiología de las enfermedades mentales les abrían posibilidades para calibrar las terapéuticas de las que disponían para el tratamiento.

Este lugar asignado a la experiencia vital previa como elemento predisponente generó otros desplazamientos conceptuales que, anclados en las diferencias culturales y raciales, procuraban explicar las particularidades y dificultades locales para reajustar los postulados teóricos alemanes, permitiendo a la vez esgrimir cierta defensa ante las críticas brasileñas que señalaban inadecuaciones “cordobesas”. Fue Ferrer (1934) quien más claramente planteó que, como consecuencias de las diferencias culturales, “*las modalidades en la alienación son distintas y los procedimientos terapéuticos también lo*

psiquiátricas, situaciones que dificultaban la recuperación de datos históricos del caso, tal como se desarrolló en el capítulo número 3.

deben ser (...) no solo habría una terapéutica por el trabajo diferente, sino hasta una psiquiatría con modalidades distintas” (p.78).

La importancia atribuida a las consideraciones raciales y culturales reforzaban la necesidad de teorización, pero no cuestionaron el valor terapéutico del método, ya que la cuestión racial en transformación admitía que *“los procedimientos preconizados por Simon son sí aplicables, pero siempre bajo la base de un estudio minucioso de la personalidad racial pre psicótica del enfermo”* (Ferrer, 1934, p.80).

Luego de 1934, la laborterapia fue renombrada en el discurso científico de las publicaciones del Boletín de Oliva y se reactualizaron sus fundamentos teóricos vinculándolos con los aportes de Hermann Simon. Se reemplazó el vocablo “laborterapia” por otros: terapia por la ocupación, praxiterapia, ergoterapia o, como Simon proponía, terapia activa o psicoterapia. Además, se comenzó a dar mayor espacio a la discusión sobre los criterios de selección de los pacientes que desarrollarían la praxiterapia, así como en cuanto a la asignación de tareas diferenciales según los diagnósticos y la historia laboral de los alienados. Las actividades laborales se fueron reorganizando de manera paulatina según el orden de complejidad creciente propuesto por el alienista alemán, pero adaptando a tres niveles para el caso de Oliva, el gradiente de 5 escalones propuestos originalmente por Simon⁸⁹ (Hernández Ramírez, 1936 a).

El Dr. Hernández Ramírez (1934 b) se expresó respecto a las mayores precisiones que requería la prescripción de la praxiterapia en las personas internadas en el Oliva. Según lo manifestó era necesario contar con algunos recaudos en su indicación, lo que dependía tanto del juicio y experiencia del médico, como también del estado mental del enfermo. En los *“deprimidos, abúlicos o faltos de iniciativa el trabajo tiene una acción excitante, mientras que en estados ligados a la manía podría intensificar la agitación, frente a lo cual es preferible la clinoterapia”* (Hernández Ramírez, 1934 b, p.293-294).

⁸⁹ El sistema de graduación de actividades laborales asignadas a los pacientes propuesto por Simon incluía 5 niveles sucesivos según las dificultades presentadas: 1) *ocupaciones de grado inferior*: actividades de máxima simplicidad que no requerían esfuerzo de atención o autonomía del paciente. Ej: transporte de objetos, comida y ropa; cargar tierra en una carretilla. 2) *ocupaciones de 2° grado*: trabajos mecánicos que requerían poca atención o iniciativa. Ej.: desmalezado, fertilización de la huerta. 3) *ocupaciones de 3° grado*: trabajos que requerían atención, iniciativa e inteligencia regulares. Ej.: cardar lana, tejer telas lisas en telar de dos pedales, arreglar ropa, trabajar con mimbre, servicios de cocina y limpieza en general. 4) *ocupaciones de 4° grado*: trabajos que requerían una buena atención y una reflexión casi normal. Ej.: trabajos especializados en agricultura y jardinería; confección de ropa, colaborar de forma más independiente en la cocina y la lavandería, sustituyendo a los trabajadores habituales. 5) *ocupaciones de 5° grado*: requerían una capacidad de ingresos completa comparable a los ingresos de un individuo normal de la misma clase. Ej: cargos de responsabilidad como dirección de pequeños grupos de trabajadores, atención telefónica, conserjería, correo y despachos (Simon, 1937).

La evaluación del estado emocional del alienado pasaba a ocupar un rol preponderante y redefinía el rol de los médicos dentro del espacio asilar, al resituarlos como expertos en la valoración y recomendación médica que correspondía a cada caso.

Más allá de las aptitudes y conocimientos previos que debían poseerse sobre el paciente, también era menester que el juicio clínico del profesional evaluara la distancia conveniente entre la tarea laboral propuesta en la institución y la que fue desempeñada previamente por el alienado. Esto se debía a que, en algunos casos, al ser colocados en iguales actividades que las realizadas antes de su internamiento, los pacientes manifestaban crisis psicóticas intensas (Hernández Ramírez, 1934 a, p.190).

A partir de mediados de la década de 1930, los alienistas de Oliva comenzaron a señalar los potenciales beneficios del desarrollo de la laborterapia para la salud mental del enfermo. No obstante, también empezaban a reflexionar sobre algunos riesgos que podrían estar implícitos en su aplicación y que identificaron con la posibilidad de que este tratamiento reforzara la cronicidad del alienado. El desempeño de actividades laborales en el establecimiento les proporcionaba a algunos enfermos un ámbito de seguridad contrario a la realidad material que experimentarían fuera de la institución, lo que alargaría su permanencia en el Asilo y perjudicaría el futuro de la institución al intensificar la sobrepoblación. En esa dirección, el Dr. Hernández Ramírez destacó cómo la laborterapia había transformado “*los actuales manicomios. Ya no se ven rejas (...) ni chalecos de fuerzas, ni esos interminables baños de inmersión*” (Hernández Ramírez, 1934 b, p.294). Pero cada vez con más fuerza asomaban interrogantes sobre la vinculación que podría existir entre su aplicación y la cronicidad del alienado, ya que, el espacio de trabajo brindado al interno sería necesariamente “*contrario a la realidad social nacional en la que se encuentra inmerso*” (Hernández Ramírez, 1934 b, p.295). La disciplina y el silencio que reinaba en los Asilo Colonias no eran ajenos a la “*tranquilidad que concedía a la persona el saber que se tiene alimentos, ropa, medicinas sin necesidad de una lucha por la existencia tan arriesgada como la de la vida común*” (p.296). De hecho, este tipo de lectura se vinculó fuertemente hacia mediados de la década de 1930, con la insistencia en favorecer las altas prematuras de los internos a fin de evitar su acostumbramiento a la vida “simplista” del manicomio. Esta mirada ha sido corroborada por abordajes historiográficos centrados en otras realidades latinoamericanas al analizar las instituciones psiquiátricas del periodo como “lugares para la vida”, para personas

inmigrantes que se encontraban en circunstancias de abandono social y pobreza (Sacristán, 2009; Teixeira y Ramos, 2012).

La laborterapia representó en el Asilo de Oliva un pilar para el funcionamiento institucional. Entre 1914 y 1930 se fueron intensificando de manera progresiva los fundamentos administrativos que ligaban su aplicación al sostenimiento económico institucional. Paralelamente, se debilitaban aquellos pilares teóricos de la terapéutica derivados del tratamiento moral y el objetivo de reeducación de los pacientes. A partir de 1930, se constituyó en un objeto de investigación por parte de los alienistas locales, cuyos intentos pretendieron otorgarle a la laborterapia, el estatuto de técnica terapéutica por encima de su consideración como método para favorecer la economía del establecimiento. En este sentido, a partir de ese momento, el componente productivo, cedió su rol protagónico al elemento científico.

El ejemplo más ilustrativo de esta tendencia se encontró en un artículo de Vidal Abal (1937 b), que historizó los desarrollos teóricos sobre la terapéutica trabajados por el equipo profesional desde 1914 hasta 1935. En su escrito, Vidal Abal asumió que sus primeras concepciones sobre la laborterapia estuvieron impregnadas por *“el aspecto administrativo, muy por encima de lo terapéutico”* (p.119), aspecto éste, al que, según afirmó, sólo pudo dedicarse recientemente. El director del establecimiento atribuyó ese sesgo a razones utilitarias, dado que, desde su mirada, la laborterapia se había constituido como un resorte del sostenimiento institucional. En esta misma línea, fue muy concluyente, cuando ligó las primeras modalidades de tratamiento en el Asilo Colonia de Oliva a los postulados de P. Pinel, señalando que este tipo de asistencia era efectiva, *“especialmente, si acaso no excluyentemente, para los resultados económicos, de orden y de disciplina”* (Vidal Abal, 1937 b, p.120). Al respecto, agregaba que, sin haber perdido tales alcances, ahora, la praxiterapia dejaba de ser un simple resorte de orden puramente interno, en pos de constituirse en un factor de tratamiento preponderante. Así, posibilitaba reintegrar a la sociedad, *“elementos que ella había excluido por ineficaces”* (Vidal Abal, 1937 b, p.120). En respuesta a ello, el director validó la capacidad de la laborterapia para generar una nueva estructuración de la intelectualidad y personalidad del *“lisiado”* mental mediante *“el injerto de aptitudes nuevas en una intelectualidad disminuida o la corrección de sus desviaciones”* (p.121-122).

El escrito de Vidal Abal evidenció la articulación que realizaron los alienistas locales entre las conceptualizaciones de la enfermedad mental y la calibración del aparto

teórico de la laborterapia. En la publicación asumió el potencial que tenía la terapéutica para incidir en la personalidad del paciente y mejorar el pronóstico de la evolución de la patología. Según manifestó, después de ser sometidas a un tratamiento praxiterápico se produce en las personas internadas *“la formación de una personalidad, algo diferente”* (Vidal Abal, 1937 b, p.122).

Estos planteos conceptuales se plasmaron en intervenciones concretas, esto es, a nivel de las prácticas profesionales específicas. Como se desarrolla en la siguiente sección del capítulo, durante la segunda mitad de la década de 1930, los profesionales orientaron su accionar a calibrar el aparato conceptual trabajado previamente sobre la laborterapia, adaptándolo a la realidad institucional local.

4.3.1. Resortes y dinámicas institucionales

A pesar de los nuevos consensos en conformación, las posibilidades de implementación de la praxiterapia en el Asilo Colonia de Oliva hacia mediados de la década de 1930 estaban constreñidas por el contexto de insuficiencia de recursos y elevado hacinamiento, agudizado aún más como consecuencia de la crisis institucional de esos años. En el transcurso de los años 1934 y 1935 el establecimiento recibió una afluencia continuada de alienadas debido a la clausura del Hospital Nacional de Alienadas (Vidal Abal, 1936 a), lo que derivó en la clausura del Asilo Colonia de Oliva⁹⁰. En la Memoria Institucional de 1935, el panorama se revelaba tan precario que llegó caracterizarse la asistencia dispensada por los profesiones como un *“empeño humanitario [que] llevaba el sello evidente de la mediocridad”* (Vidal Abal, 1936 a, p.20).

Frente a estas circunstancias, se consideró importante revisar los elementos institucionales disponibles para poder aplicar el aparato teórico construido de la laborterapia, y a partir de ello organizar las propuestas concretas. Como señaló Vidal Abal *“la modalidad de la praxiterapia, debe a nuestro entender, comprender el empleo de varios resortes, intramanicomiales unos y otros extramanicomiales”* (1937 b, p.126). Los “resortes” manicomiales hacían referencia a diferentes proyectos que implicaban la modificación de las prácticas específicas desarrolladas hasta el momento en Oliva. El

⁹⁰ Como medida de emergencia institucional se solicitó a la CAAHR no permitir nuevas hospitalizaciones salvo urgencias ineludibles, lo cual fue aceptado y sancionado por Res. Min. N° 136 2/7/1935. Asimismo, a esto se sumaron importantes bajas de personal auxiliar (16 bajas entre las honorarias y ad-honorem), recursos humanos que no se recuperaron con posterioridad (Vidal Abal, 1936 a, p.7).

rumbo de estas transformaciones institucionales buscaban acercarse lo más posible a las propuestas de modernización del rol del psiquiatra con foco en lo social y la profilaxis mental propuestos por la LAHM, para asegurar, a pesar del panorama crítico institucional, la legitimidad en materia de asistencia psiquiátrica.

Los resortes intramanicomiales involucraron modificaciones el ámbito interno del establecimiento y a las personas que trabajaban en Oliva. Formaron parte de este tipo de proyectos, la reorganización del cuerpo médico del establecimiento (en el año 1937), y la creación de la Escuela de Enfermeros del Asilo de Oliva (en el año 1936). Ambas alternativas, buscaron la optimización de recursos institucionales, basados en la formación e incorporación de personal auxiliar y su participación en actividades de reinserción social del enfermo. Los resortes extramanicomiales, en cambio, requerían de la participación y vinculación con actores y espacios ajenos al ambiente asilar, y cristalizaron en propuestas que tensionaban e interpelaban la acción del Estado, la LAHM y las familias de los pacientes.

Respecto al primer resorte intramanicomial, se reordenó al equipo de médicos psiquiatras en dos sectores dentro del área del Asilo: los servicios médicos y los servicios médicos generales y, también se dispuso un equipo de servicios sociales constituido por personal auxiliar⁹¹ (Vidal Abal, 1937 c). Hasta este momento, las dinámicas que habían afectado las funciones y distribución del cuerpo médico habrían estado constreñidas en función de las condiciones materiales ofrecidas (y negadas) por los gobiernos. Al menos esa fue la mirada que sostuvo el director de Oliva, al recordar las actividades profesionales desde el momento de la apertura del establecimiento:

En el transcurso de veinte años, las disposiciones adoptadas a fin de regular y concordar la asistencia de los alienados, a los distintos momentos evolutivos impuestos por la misma, han obligado a coordinar esfuerzos de parte de los diferentes instrumentos en acción, que no siempre han podido traducirse en los resultados deseados, por fallas o trabas del orden administrativo, especialmente, difíciles de subsanar, (presupuestos en retardo, o de estructura inadecuada; dificultades de régimen, etc.). (Vidal Abal, 1934 b, p.152)

⁹¹ La reorganización del equipo de profesionales mencionada, se ha desarrollado en el capítulo número 2.

Sin embargo, los nuevos imperativos asociados a la Liga de Higiene Mental exigían un profundo reposicionamiento en Oliva. La mayor dedicación del equipo médico al paciente agudo, dispuesto por los cambios operados en el año 1926, debía ser revisado, ya que según expresó Vidal Abal, era “*objeto de preocupación unánime para el cuerpo médico del establecimiento [el hecho que], se haya procurado desligar [la tarea de los profesionales], de la atención de la población calificada de crónica, para replegarlo hacia la atención de agudos*” (Vidal Abal, 1934 b, p.152).

Este resorte intramanicomial, que cristalizó en la reorganización del cuerpo médico, estaba a tono con la búsqueda de especialización y sectorización de rol profesional y con el interés por la asistencia psiquiátrica del paciente considerado incurable. A tal fin, se adicionaron servicios profesionales en el sector del Asilo, que antes había estado a cargo solo del director⁹². La redistribución de las funciones desempeñadas por los psiquiatras de Oliva contemplaba algunos sugerentes renglones alineados con las nuevas conceptualizaciones sobre la praxiterapia, como así también, los requerimientos de mayor profesionalización pregonados por el movimiento de higiene mental (Talak, 2006 a, 2006 b; Allevi, 2013). En esta modificación asistencial, también se consideraba la incorporación de auxiliares médicos a cargo del “servicio social”, constituido por enfermeros cuya función era “*tomar ‘debida nota’ de la salud de los alienados crónicos preferentemente en cama de la sección del Asilo que no están siendo objeto de atención médica*”⁹³ (Vidal Abal 1937 a, p.181).

La destacada función asignada a los trabajadores auxiliares y su vinculación con un área específica de servicios, no fue azarosa si se la vincula con las dinámicas disciplinares del momento. En efecto, la renovada organización institucional que incluían las propuestas de la LAHM, planteaba la superación del Asilo y descansaba sobre el principio de la asistencia abierta. Como sostiene Klappenbach (1999) “*todo este nuevo dispositivo tecnológico, requería también de nuevas figuras profesionales, que incluían los servicios sociales y nuevos profesionales auxiliares [enfermeros psiquiátricos,*

⁹² Desde esta propuesta de reorganización de los servicios ligados al área del Asilo, quedaron estructurados tres sectores: “*servicios médicos generales*” desarrollados por los alienistas y comprendían cuidados médicos, “*servicios médicos*” también a cargo de los psiquiatras y “*servicios sociales*” a cargo del personal auxiliar (Vidal Abal, 1937c).

⁹³ Específicamente las Villas, B, E, L, N que sumaban para el año 1937, 900 alienados (Vidal Abal, 1937 a, 1973 c).

visitadores, asistentes sociales], *así como las carreras de formación científica respectivas*”⁹⁴ (p.12).

La selección e incorporación de nuevo personal auxiliar en Oliva, era una meta difícil de alcanzar, por un lado, por las constantes bajas de este tipo de empleados, que no se recuperaban fácilmente (Vidal Abal, 1936 a, p.7), y por otro, porque dentro del ceñido presupuesto institucional no podía contemplarse el gasto de honorarios para contratación de nuevos trabajadores. Desde la década de 1920 eran sistemáticas las solicitudes de Vidal Abal hacia la CAAHR, para incorporar personal auxiliar con formación adecuada en materia de alienación mental. En ausencia de respuestas, la novedad radicó en el proyecto elevado por este psiquiatra en el año 1936 ante la Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva, para convocar personal nuevo y capacitar al existente a través de un plan de formación, inédito hasta ese momento en la institución.

El segundo resorte intramanicomial, en vinculación con el primero, fue la creación de la Escuela de Enfermeros de Oliva. El cursado de la carrera preveía la residencia del estudiante en el establecimiento a tiempo completo y su desempeño en actividades de formación práctica mediante un sistema de pasantías. De este modo se aseguraba al mismo tiempo ampliar el equipo de profesionales mediante la incorporación de auxiliares debidamente formados, y también su desempeño laboral bajo la forma de prácticas profesionales no rentadas.

Los aspirantes a enfermeros se desempeñarían *ad-honorem*, bajo el justificativo de capacitarse por un plazo mínimo de 60 días, a un año aproximadamente, luego del cual se renovarían el grupo con los nuevos ingresantes (Vidal Abal, 1936 b). Una vez cumplido el plan de formación teórico y práctico, no se les otorgaría a los participantes certificados de formación: “*el carácter de obligatoria dada a la enseñanza (...) no significaría en modo alguno la otorgación de diplomas, sino simplemente la de una certificación de aptitudes, derivada de tal enseñanza*” (Vidal Aval, 1936 b, p.132). Este punto puede leerse a partir de las funciones del establecimiento como institución psiquiátrica, no autorizada a emitir titulaciones académicas. El proyecto del curso de enfermeros y

⁹⁴ También estos proyectos, se reflejaron más tempranamente en los espacios hospitalarios referidos: en el Hospicio de las Mercedes con la creación de la Escuela de Profilaxis Mental para la formación de las visitadoras sociales (1932) y el servicio social (cuyo objetivo era aumentar las posibilidades de externación de los pacientes), constituido como dependencia del dispensario del Hospital Nacional de Alienadas (1928) (Klappenbach, 1999).

personal auxiliar fue presentado a la CAAHR y aprobada por la misma el 9 de Enero de 1937 (Ferrer, 1937).

La capacitación del personal auxiliar en materia de alienación mental también se vinculaba a la renovación del aparato conceptual de la praxiterapia, ya que los postulados de Hermann Simon insistían de manera particular sobre la necesidad de que todos los actores involucrados en la aplicación de la terapéutica poseyeran sólido conocimiento teórico en la materia. En ese sentido, reparaba en que “(...) además de los médicos y del personal cuidador, también [es necesario en] el personal administrativo y técnico auxiliar (...) a cuyo efecto deberá ser instruido en este sentido” (Simon, 1937, p.128).

Según los registros del Boletín, el proyecto de reorganización del cuerpo médico de Oliva, que constituyó el primer resorte intramanicomial, fue propuesto y debatido por el equipo médico en el año 1935, presentado a la CAAHR un año más tarde (Vidal Abal, 1936 b) y finalmente aprobado y concretado en 1937 (Ferrer, 1937). En cuanto a la Escuela de Enfermeros de Oliva, las publicaciones referenciaron que el proyecto se elaboró y discutió en las Conferencias de Médicos del Asilo durante 1936, logrando concretarse hacia finales de ese año. Al respecto, es importante destacar que las fuentes documentales disponibles presentaron limitaciones para obtener información que posibilitara rastrear dichos procesos, no obstante en el próximo capítulo se revisarán algunos puntos que sugieren parte de los alcances y límites de estas propuestas.

La implementación de ambos resortes intramanicomiales, se orientó a resituar la autoridad del alienista como profesional, al transformarse en un verdadero “*médico jefe de servicio*” (Vidal Abal, 1937 a, p.182). Ahora, los lugares para prestar la asistencia médica, serían “*los ‘servicios médicos’, atendidos por médicos y el rodaje vigilante sería algo así como el ‘servicio social’ a cargo de personal con funciones similares al cargo de ‘visitador’*” (p.182). De acuerdo al director de Oliva, él y sus colegas tenían así “*una función médica de asistencia activa y no una función ambigua, en la que se mezclen y confundan, funciones de índole sanitaria, de asistencia médico-social, de tutelaje, etc.*” (p.181).

A esta altura, huelga decir que, estas propuestas y transformaciones institucionales, si bien habrían traído algunas mejoras en el funcionamiento de Oliva, se tornaba preciso para la mirada de los alienistas, generar cambios en otros niveles. Los resortes extramanicomiales, según Vidal Abal (1937 b), consistían en propuestas que buscaban articular el espacio asistencial de Oliva con sectores y actores extrasilares.

Asimismo, las posibilidades de concreción de estas alternativas dependían en gran medida de personas ajenas al ámbito manicomial: las autoridades estatales, la LAHM y las familias de los alienados crónicos.

Promediando la década de 1930, las publicaciones del Boletín comenzaron a sostener discursos que redirigieron o “democratizaron” la responsabilidad de los altos índices de cronificación, orientándola por fuera del rol alienista. Esta nueva dirección era impulsada por las torsiones que se estaban operando sobre el dispositivo psiquiátrico, para afrontar el panorama crítico y aproximarse a las propuestas de modernización de la psiquiatría del momento. De este modo, en ocasiones los especialistas soslayaron los asuntos etiológicos que apuntaban a una presunta incurabilidad del alineado, señalando que, la no curación de muchos de esos internos tenía su causa principal en la mala organización de la asistencia psiquiátrica y, ello, ponía en juego factores tan objetivos como “*el descuido [o abandono del paciente], el contagio mental, la promiscuidad, la aglomeración, la escasez de personal técnico o la mala preparación de enfermeros*” (Ferrer, 1936, p.43).

Las propuestas de asistencia psiquiátrica articularon la práctica de la praxiterapia con actividades de estimulación “extramuros”, como por ejemplo el traslado de combustibles y búsqueda de mercaderías desde el ferrocarril o aprovisionamiento de elementos para el sector de despensas, ropería y diferentes talleres (Cabeza, 1939). Paralelamente, se retomaron aquellos señalamientos que apuntaban a los beneficios de aplicar terapéuticas de asistencia familiar, visitas a los alienados, e incluso, altas prematuras.

Los términos utilizados por el Dr. Ferrer (1936) acusaban el objetivo de trabajar en un reintegro de los alienados a la sociedad lo más pronto posible, pero, se decía que para ello era necesario no solo de un tratamiento precoz, sino también de una rápida externación. En este sentido, los profesionales enfatizaron la importancia de facilitar las “alta prematuras” en los pacientes, que se consideraban altas tempranas otorgadas tras la mejoría del enfermo antes de transcurridos los 3 o 6 primeros meses de internamiento. En la psiquiatría europea, este recurso terapéutico fue propuesto en Alemania por Kolb Erlanger, mereciendo la aprobación de Kraeppellin, en el año 1908 (Ferrer, 1936, p.41).

Esta agenda alienista, desmenuzaba distintos momentos y prácticas asistenciales que mostraban cómo la laborterapia comenzaba a ampliarse, ya no como “*un medio para emplear brazos inactivos sino particularmente como una terapéutica activa*” (Hernández

Ramírez, 1934 a, p.200), la que se vinculaba a las posibilidades del interno para reinsertarse en el campo social. Cada uno de estos resortes extramanicomiales implicaban nudos problemáticos a resolver, desde donde se cuestionaban las responsabilidades y los roles que debían tener los actores extra asilares.

En cuanto al Estado, era concebido como un actor clave, dado que posibilitaba la asistencia psiquiátrica desde el momento mismo de eclosión de la patología, cuando, según el Dr. Vidal Abal (1934 c) “*el ciudadano, que careciendo de recursos, enferma de una afección mental, puede solicitar y obtener su asistencia gratuita, dirigiéndose a las instituciones que el estado sostiene para tales fines*” (p.231). El discurso alienista privilegió referirse a esa “*tutela por parte del estado que aseguraba la conservación de todos los derechos civiles*”, en las personas con enfermedades mentales, que además se encontraban en situación de indigencia (p.231).

No obstante, esta visión idealizada sobre el rol y la responsabilidad estatal, cambiaba rotundamente cuando el objeto del discurso se detenía en el proceso de internamiento del paciente y su evolución futura. De acuerdo a los psiquiatras de Oliva, el alienado crónico quedaba atrapado en una situación de doble estigmatización por su condición de alienado mental, y de alienado-exiliado social (Vidal Abal, 1934 c). Evidentemente, estos reclamos no eran solo parte de un capítulo de reflexión meramente teórica.

Las críticas sobre el papel del Estado revelaban otros asuntos que venían atestando el tintero de los pedidos de los funcionarios de Oliva desde décadas pasadas. Por un lado, el desinterés estatal en la asistencia médico psiquiátrica daba cuenta de la desatención que históricamente había atravesado el Hospital Asilo de Oliva. Por otro, no contar con presupuestos adecuados para incrementar los recursos materiales y humanos, también explicaba la situación de los pacientes crónicos, puesto que, cuando las instancias estatales no se involucraban en su “suerte futura”, los dejaban librados a los procesos propios de la enfermedad. Este hecho se presentaba con más dramatismo principalmente ante una nada “*despreciable cantidad de alienados sin deudos ni nadie que por ellos se interese (...) La inoportunidad de esta atención no modifica en nada el concepto de orfandad y abandono de que son objeto*” (Vidal Abal, 1934 c, p.233). Las solicitudes concretas hacia los poderes estatales estribaron en demandar una atención que no solo se supeditara al momento de internamiento sino que también facilitara el seguimiento de la internación y estimulara la externación del paciente.

La relación entre las acciones de la Liga y el Estado era necesaria para la creación de organismos y normativas que velaran por una reinserción social de los enfermos mentales institucionalizados. Así por ejemplo, los patronatos de ex asilados podrían trabajar en tal objetivo ofreciendo un tipo especial de ocupación extramanicomial a los pacientes que anteriormente habían sido formados en los servicios institucionales. Los alienistas de Oliva, propusieron que ambas entidades (la LAHM y el Estado) pudieran articularse con las posibilidades laborales que Oliva venía ofreciendo a sus internos, enfocando *“la praxiterapia a campo abierto, fuera del baluarte que se le ha asignado en el intramuros del hospital y apreciar el valor que pueda tener en el orden de la higiene mental y de la profilaxis de la locura”* (Vidal Abal, 1937 b, p.123). Concretamente, también se planteaba expandir la praxiterapia más allá de los límites del manicomio, de manera que fuera aplicada como terapéutica hasta en el mismo servicio ambulatorio o dispensario que se proyectaba necesario crear.

La mayor intensidad con que se empezaba a utilizar el término “psicoterapia” o “terapia activa” en el discurso alienista llevó también a defender la necesidad de contar dentro del Asilo de Oliva con una oficina Psicotécnica que estudiara las orientaciones profesionales de los alienados (Hernández Ramírez, 1934 b). Además, el Dr. Hernández Ramírez enfatizaba los aspectos afectivos y sociales que incluía el ejercicio de la praxiterapia, y ya no solo los de desgaste físico/energético del enfermo.

La terapia familiar fue incluida como una modalidad de la terapéutica por la ocupación y al mismo tiempo como un resorte extramanicomial del tratamiento psiquiátrico. Esta técnica tenía una antigua vida en la institución y había sido utilizada en los primeros años del funcionamiento del Asilo de Oliva. El tratamiento consistía en la permanencia del alienado en las casas de las familias del personal del establecimiento donde desempeñaban actividades domésticas variadas. No obstante, y a pesar que según Vidal Abal y Ferrer (1935) existía evidencia a favor de la eficacia de estas prácticas, dichas actividades crearon resquemores entre las autoridades, quienes finalmente las suspendieron por resolución ministerial en el año 1932, disponiendo que *“los empleados que habiten establecimientos no podrán disponer de los servicios de los asilados (Res. Min. 1932, art. 26)”* (Ferrer, 1938 a, p.39). Con los años, la asistencia familiar fue propuesta nuevamente por los psiquiatras del Asilo Colonia, ahora, con fundamentos teóricos renovados que insistían en que la técnica era un recurso propicio para evaluar el estado real de la salud mental de los pacientes, indispensable para la decisión del alta final

del enfermo. El ambiente familiar creaba un medio “*sui generis* [para evaluar] (...) *en un ambiente distinto al manicomio pero bajo la observación todavía del médico (...) a aquellos enfermos dados de alta como curados, mejorados o con altas prematuras*”⁹⁵ (Ferrer, 1938 a, p.37).

La asistencia familiar no tenía un mero alcance práctico. Como se explicó en la ponencia presentada en el año 1938 en el marco del VI Congreso de Medicina realizado en Córdoba, este tipo de asistencia se anclaba en los postulados de E. Bleuler, desde donde se afirmaba que la pérdida de la relación afectiva con los vínculos cercanos al alienado contribuía a su cronificación, por el acostumbramiento a los hábitos de la vida simple del manicomio (Ferrer, 1938 a).

Las visitas a los internos fue otra práctica que según el discurso especializado se estimulada en el Asilo Colonia de Oliva. Tanta relevancia se dio a estos encuentros que, dado que el establecimiento se emplazaba en el interior de la provincia, se ofreció un horario amplio para realizarlas, pudiendo efectuarse dentro de las horas hábiles de cualquier día de la semana (Ferrer, 1938 b). Según el criterio de los profesionales, insistir en esta técnica reconfortaba a los familiares, al hacerles perder los prejuicios e imaginarios erróneos sobre los manicomios, pero ante todo servía “*como medio de exploración afectiva, la que no sólo mostraba cómo se desempeña el paciente con sus vínculos cercanos sino también resulta en un apoyo a la parte sana de la personalidad del enfermo*” (Ferrer, 1938 b, p.143)

Este tipo de nociones ocupó extensos espacios en las publicaciones especializadas, las que encontraban en las visitas una vía para luchar contra la cronicidad⁹⁶. En estas instancias, sostenían, “*el enfermo tiene la sensación de una vuelta a la realidad de la vida despertando deseos y apetencias que benefician a su estado mental (...) fomentar las visitas a los convalecientes permite la vinculación al medio social donde han de volver y su espíritu se reconforta al ver que su afección está en vías de curación*” (Ferrer, 1938 b, p.145).

⁹⁵ Cabe destacar que esta técnica respondía a experiencias internacionales, remontándose a las experiencias realizadas en la comunidad de *Gheel*, Bélgica, a mediados del siglo XIX (Navarlaz, 2011).

⁹⁶ En los escritos médicos de las HC de pacientes, también pueden encontrarse algunas referencias sobre la importancia atribuida a las visitas familiares, como se referenciará en el próximo capítulo. En uno de esos escuetos textos de las HC, esta vez perteneciente a un alienado ingresado en el año 1936, se analizaba cómo, luego de ser visitado por su familia se había mostrado complacido: “*toca el piano y canta*”. Sin embargo, luego de unos meses de no recibir más visitas y constatar el abandono familiar, los médicos notaron que, “*su mentalidad sufre un marcado derrumbe abandonando toda actividad con fondo afectivo*” (HC 145.654).

No obstante, se reconocía que estas propuestas podían chocar con las actitudes de los familiares de cada paciente. El abandono del enfermo en las instituciones psiquiátricas, las internaciones por “conveniencia familiar” o razones idiosincrásicas y la renuencia a aceptar su alta, fueron reacciones habituales durante estos años, tanto en Oliva⁹⁷, como en la realidad hospitalaria nacional e internacional (Sacristán, 2009).

4.3.2. Alcances y límites de la nueva agenda durante la década de 1930

Los resortes extramanicomiales propuestos por los alienistas locales, orientados a vincularse con actores y ámbitos externos a Oliva, apuntaban a favorecer las posibilidades de alta de los pacientes, en cuanto se articulaban a sus posibilidades de reinserción social. Es difícil leer esta insistencia en el otorgamiento de “altas terapéuticas” como algo desligado de los desafíos institucionales y disciplinares afrontados y la búsqueda de legitimidad profesional. Como se analizó, el índice de “egresos” de pacientes era menor al de los “ingresos”, y las defunciones predominaban sobre el otorgamiento de las altas. No obstante esta situación, no siempre dependió de la renuencia de los alienistas por externar a los enfermos, ya que, según se remarcaba, para ello también se requería la disposición del “mundo extra asilar” para recibir nuevamente al “alienado social” (Vidal Abal, 1937 b).

Esta lectura puede vincularse con las afirmaciones de Sacristán (2009) al complejizar el fenómeno de la cronicidad en los manicomios latinoamericanos durante las primeras décadas del siglo XX. Para la autora, la permanencia de por vida en instituciones psiquiátricas, más que una práctica custodialista disciplinar, habló de inercias y vacíos estatales y la falta de intervención de las familias. En el caso de Oliva, los alcances de las propuestas realizadas por los médicos chocaban a diario con la resistencia de diversos actores.

Tres meses después de puesta a andar la reorganización de los servicios del Asilo en el año 1937, ya con la Escuela de enfermeros en funcionamiento, el psiquiatra Conrado Ferrer, refería sus beneficiosos resultados, pero claro, también a los pendientes y sus obstáculos:

⁹⁷ Sobre el rol que se esperaba que asumieran las familias de los alienados en el tratamiento psiquiátrico, en 1935 se retomó la necesidad de una Ley que regulara los ingresos e internamientos, ya que se consideraba como una práctica frecuente que imperaran motivos de herencia económica o conveniencia, es decir que se hiciera “pasar por locos” a familiares para mantenerlos aislados (Cubas, 1935).

[sobre los beneficios alcanzados](...) creo de mayor importancia, es la de un mejor conocimiento de los enfermos por los médicos que los asisten, conocimiento debido a una mayor subdivisión del trabajo, a la concurrencia regular de los médicos a sus servicios y a la de contar con personal de vigilancia permanente y en número, sino suficiente, al menos razonable. (...) [aunque] Es verdad que en este sentido no hemos llegado al ideal a que todos aspiramos, pues múltiples razones de orden administrativo interrumpen o imposibilitan una mayor acción terapéutica, ya sea por falta de tal o cual medicamento, ya por dificultades de adquisición de elementos modernos necesarios, o porque aun no se encuentran organizados nuevos servicios especiales. (Ferrer, 1937, p.187)

La intención de disminuir el número de alienados crónicos daba un espaldarazo a las prácticas de las altas prematuras, vistas como un medio terapéutico eficaz (Ferrer, 1936). Esta indicación terapéutica era recomendada para los casos agudos, pero también para crónicos tranquilos (Cubas, 1935). No obstante su implementación no podía ser prodigada con la frecuencia que decían anhelar los médicos del Asilo Colonia de Oliva. Varios obstáculos se interponían, en un plano estaban los *“factores familiares, de ambiente inadecuado, distancias, estados económicos, tenor de las autoridades del lugar de procedencia, carencia de hogar, etc., etc.”* (Ferrer, 1936, p.44). En otro plano, se decía, también los médicos de otras especialidades y familiares del enfermo mostraban un evidente interés, en que *“los enfermos mentales permanezcan el máximo tiempo posible en los asilos, poniendo objeciones de toda clase para retenerlos fuera del medio social”* (Ferrer, 1936, p.44). La opción de las altas prematuras generaba tensiones con ciertos sectores de la LAHM que abogaron sostener el interés eugenésico de segregación institucional, orientado al resguardo de la raza/nación, mediante la disminución de las posibilidades de la transmisión patológica (Talak, 2005, 2006 b). En sentido contrario, el énfasis en las altas prematuras se asentaba en la consideración del ambiente manicomial en sus aspectos iatrogénicos: *“De manera particular en estos últimos casos [alienados crónicos o convalecientes] la permanencia prolongada en los manicomios no hace más que estacionar el estado mórbido y favorecer la cronicidad”* (Ferrer, 1936, p.43).

Claro que había múltiples circunstancias que los alienistas pusieron en consideración para alcanzar una resolución a estas situaciones. Una vez que se valoraba que el alienado había recuperado el funcionamiento básico para la vida, se instó a que, la colaboración de la LAHM fuera fundamental para la superación de los recelos en la externación precoz (Ferrer, 1936). Aquellas críticas realizadas a la Liga por su “olvido

del alienado crónico” se desplazaron hacia demandas en materia de profilaxis, de instancias de educación de la sociedad. Para estos planteos devino en estratégico considerar al espacio manicomial como pernicioso cuando la permanencia del alineado se extendía más de lo debido. La propuesta complementaria era buscar cambiar la actitud de abandono de las familias, así como el frecuente rechazo de la sociedad en general.

Las búsquedas de los alienistas por establecer un vínculo y trabajo en conjunto con la LAHM fueron cada vez más evidentes. El VI Congreso de Medicina realizado en Córdoba, cristalizó como una suerte de promisorio espacio de encuentro dentro de un campo disciplinar que los psiquiatras de Oliva también habían reconocido fragmentando y en disputa. Al final del evento, el profesor Gonzalo Bosch señalaba su sentimiento de satisfacción al “*ver que todos los psiquiatras del país coincidíamos en los puntos generales y que era verdaderamente lamentable que hubiéramos estado tan separados para realizar una obra de conjunto*” (Bosch G. en: Ferrer, 1938 c, p.280). En efecto, aunque es difícil establecer con certeza hasta qué punto los profesionales de Oliva se vieron convocados por la proclama de Bosch sobre alistarse “*en una gran cruzada, procurando por todos los medios despertar el interés del público y de los gobiernos*” (p.280), unos meses después, estos alienistas organizaron una reunión de psiquiatras impulsada por el cuerpo médico del Asilo de Oliva, bajo el eje temático de “*El problema de la asistencia de los alienados del país*”. De hecho, el fin de este encuentro entre especialistas fue documentar ante al gobierno nacional el estado de salud mental del país y proponer las medidas que debían tomarse con urgencia (Ferrer, 1938 c).

Si bien el evento fue autorizado por el presidente de la CAAHR, Dr. Juan Jacobo Spangenberg, para realizarse en el Asilo Colonia de Oliva en el mes de Julio de 1939, no se han hallado registros que den testimonio de la realización de la reunión. Posiblemente, ello no puede desvincularse del contexto restrictivo que muestran las fuentes para los años siguientes. Los boletines institucionales de 1938 habían experimentado dificultades para su publicación. Además, en 1941 se designó por concurso, al doctor Moyano como nuevo director del Asilo de Oliva, un médico que no formaba parte del equipo profesional del establecimiento (Maldonado et al. 2002). En este contexto, las memorias institucionales publicadas en el último número disponible del Boletín (1942) no fueron realizadas, como era usual, por el director del establecimiento, sino por un médico interno que trabajaba en Oliva desde 1920, el Dr. Cabeza. Llamativamente, en lugar de presentar el detalle de movimientos institucionales del año anterior, siguiendo el esquema típico de Memorias

administrativas realizadas por Vidal Abal, desarrolló una reconstrucción de la historia del Asilo Colonia de Oliva desde 1914, evaluando que los resultados favorables de la aplicación de los nuevos métodos propuestos además de ser escasos “*no habían sido comparables con los [beneficios] obtenidos en otras partes*” (Cabezas, 1942, p.46). Las razones argüidas no eran del todo novedosas: a pesar de las modificaciones institucionales realizadas volvió a insistir en que la “*escasez de personal en número y en calidad e idoneidad... no se ha logrado superar*”, a lo que se sumaban las particularidades institucionales representadas por “*el factor racial o ambiental de las colectividades tributarias, que dan sobrada muestra que los métodos y sistemas [terapéuticos], no pueden tampoco, trasplantarse tal cual, sin una previa revisión y consiguiente adaptación*” (Cabezas, 1942, p.46-48). Los magros resultados observados en la aplicación de la praxiterapia, así como los argumentos que los explicaban, abren interrogantes sobre las brechas entre la teoría y la práctica en el encuentro entre médico y paciente en Oliva.

CAPITULO 5

Tensiones en el “saber ver” y el “saber hacer” profesional

Las transformaciones que los alienistas de Oliva efectuaron sobre el dispositivo psiquiátrico desarrollado en el establecimiento durante los años 30 giraron en torno a la figura del paciente considerado crónico y, en líneas generales, se orientaron a incorporar los lineamientos de modernización de la psiquiatría propuestos por la LAHM. En ese sentido se ha repasado cómo mixturaron los pilares básicos de los proyectos de Cabred pero también se mostraron flexibles a las consideraciones realizadas por el movimiento higienista y su énfasis en el social. El capítulo 3 y 4 ha procurado indagar en el giro del momento, reflejado a nivel de los modelos etiológicos y también en sus procesos de reconceptualización sobre la laborterapia. En efecto, al promediar la década de 1930, los alienistas locales sostuvieron que la implementación de la terapéutica dependía de la posibilidad de articular las prácticas asistenciales desarrolladas en el establecimiento con actores y espacios extra asilares. Así, los criterios de aplicación de la terapéutica avanzaron en especificidad y se la renombró como “praxiterapia” a partir de los aportes de Hermann Simon.

Ahora bien, volviendo sobre estas configuraciones, el presente capítulo buscará ir más allá de las concepciones y argumentaciones del discurso científico, ingresando en las prácticas efectivamente articuladas entre 1930 y 1943. Siguiendo a Huertas (2001) se pone énfasis en uno de los desafíos actuales en la historia social de la psiquiatría, proponiendo el desarrollo de investigaciones a escala local que indaguen en las características reales de las prácticas psiquiátricas a lo largo de una historia. En este sentido, se buscará analizar las diferencias rastreables entre los discursos científicos y las

prácticas que llevaban (o no) adelante los alienistas para intervenir en el interior de la institución y sobre el cuerpo y la mente de sus pacientes.

Las lecturas de las prácticas especializadas se abordarán a partir de dos ejes de análisis: “el saber ver” y “el saber hacer” de los alienistas. Se define el “saber ver”, como las actividades profesionales vinculadas a la realización de diagnósticos psicopatológicos y clasificación de pacientes según áreas de asistencia institucional. El “saber hacer” refiere a las prácticas terapéuticas aplicadas a los pacientes que han sido registradas en sus HC. Se atenderá al grado de vinculación que los registros guardan con los modelos conceptuales publicados en el boletín científico. El análisis de ambos ejes se realizará a través del abordaje de un conjunto de HC de personas internadas en el *Open Door*, para analizar las distancias entre “lo dicho” y “lo hecho”, atendiendo a un conjunto dinámicas y matrices que aparecen para su estudio en el caso de Adela y, en otros historiales clínicos. De estos últimos, algunos documentos pertenecieron a familiares de Adela que también transitaban por la institución y, otros, a pacientes con diversas trayectorias de internamiento, que permiten identificar particularidades institucionales relevantes.

5.1. El caso “Adela”: una historia de vida

El 15 de febrero de 1930, en conformidad con dos certificados médicos que indicaban que Adela sufría de enajenación mental y requería internación, se solicitó su ingreso al Asilo Colonia de Oliva. En ese momento inició una experiencia de vida que puede pensarse como definitiva, ya que concluyó con su muerte en el establecimiento en septiembre de 1969, 38 años después. La reconstrucción y abordaje de su caso, conduce a la recuperación de escritos contenidos en otras HC además de la propia, entre ellas, la de su madre y su padre también pacientes de Oliva (internados en fechas anteriores y posteriores a Adela). Todas estas fuentes aportan información sobre lógicas de ingreso y características del contexto institucional del periodo en estudio.

Según los datos arrojados por su HC, en el año 1930, Adela recibió tratamiento psiquiátrico por tercera vez, siendo su segunda internación en el Asilo de Oliva. La experiencia anterior en el establecimiento, había tenido lugar unos meses antes, en noviembre del año 1929, cuando ella tenía 19 años.

En su primer ingreso, la entrevista de admisión estuvo a cargo del Dr. Fazio y fue una internación que puede caracterizársela como “breve”, ya que a los 20 días se le otorgó

la alta terapéutica dado que, según el criterio de otro de los médicos del establecimiento, la paciente evidenciaba una evolución favorable, encontrándose

Tranquila, orientada en lugar, no fija bien el tiempo. Acusa una notable mejoría desde su ingreso. Su depresión ha desaparecido casi completamente, sus ideas hipocondríacas ya no se observan, su abulia ha desaparecido y desea volver a su casa. Su memoria y atención han mejorado. (HC-Adela, 4 de diciembre de 1929)

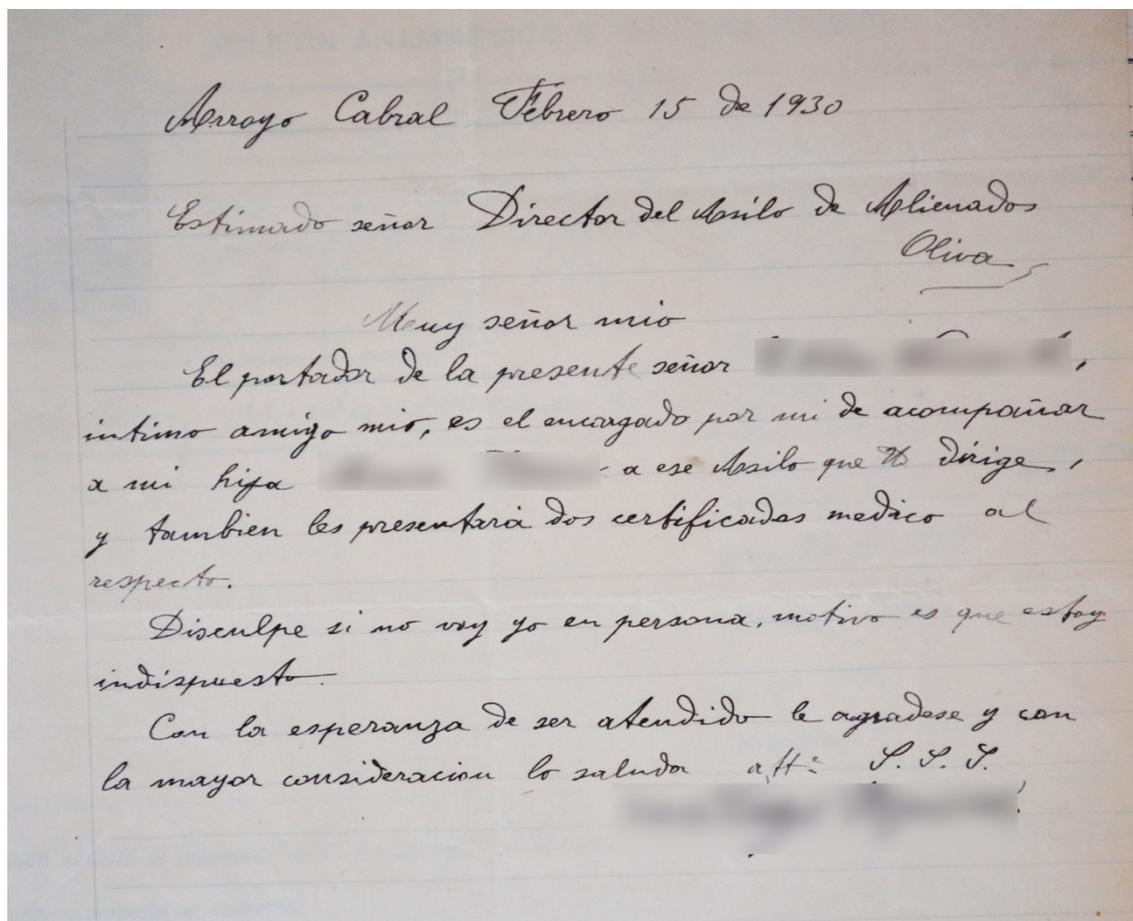
El Dr. Barrancos fue el especialista que estuvo a cargo del segundo ingreso de Adela a Oliva, acontecido a pocos meses del alta previa. Tanto este alienista como el doctor Fazio, coincidieron en diagnosticarla con un cuadro de Depresión Melancólica simple. Cabe destacar que, además de estas dos internaciones, la paciente ya había pasado anteriormente 15 días en el “Asilo General Paz” (HC-Adela); una institución administrada por las Damas de la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, conocida como “Asilo de Alienadas de la ciudad de Córdoba”.

En términos generales, las primeras páginas de anamnesis de la HC de Adela, como era frecuente, presentaba abundantes datos ligados a aspectos patológicos. Asimismo, algunos elementos son útiles para trazar una suerte de perfil sociodemográfico de la paciente. Su último ingreso a la institución sucedió cuando ella tenía 20 años, siendo soltera, de profesión sirvienta, católica, sabía leer y escribir y, vivía con su padre; un italiano inmigrante, junto al que residía en la pequeña localidad rural de Arroyo Cabral, ubicada a 160 km de la ciudad de Córdoba y a 67 km de Oliva, aproximadamente.

Los silencios sostenidos en los registros por los psiquiatras que atendieron a Adela, cobran un sentido clave para comprender las trayectorias que acabaron en sus internaciones en Oliva. Algunos indicios sugirieron que, su entorno familiar y social, constituyeron piezas nodales para descubrir tramas sustanciales que habrían definido los procesos de su ingreso y atención. Como señaló Sacristán (2009) de manera usual, la familia de los pacientes solicitaba las internaciones por razones de preservación de la salud y vida, pero también por causas extra médicas. En el caso de Adela, el solicitante de su primer ingreso fue su propio padre, Antonio, lo cual no era excepcional. En cambio, sí resulta llamativa la modalidad de la segunda internación de la paciente en Oliva. Si bien su padre fue el interesado en que su hija se atendiera nuevamente allí, Adela llegó a la institución acompañada por un amigo personal de Antonio, Roque. Para ello, este último hombre, llevaba consigo una suerte de autorización *ad-hoc*, dirigida al director del

Asilo, que no era otra cosa que una carta manuscrita sin rúbrica de ninguna autoridad, en la que Antonio se disculpaba por su imposibilidad de estar en persona dado que se encontraba “indispuesto” (como puede verse en la Figura 9).

Figura 9. Solicitud de internación de Adela por parte de su padre



Fotografía de la carta de Antonio, presentada por su amigo Roque al Dr. Barrancos, solicitando la internación de su hija Adela en el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva. 15 de febrero de 1930.

Fuente: HC del Archivo Hospital Emilio Vidal Abal.

Esta experiencia muestra otra arista de los factores que, según los alienistas de Oliva, contribuían al incremento constante de ingresos de pacientes y agravaba aún más el panorama de restricción material y sobrepoblación. Muchas veces las solicitudes de internación se regían por usos y circunstancias de la vida social, las que constituían una de tantas situaciones que debían resolver los médicos a cargo de las instituciones mentales (Cubas, 1935). Este escenario evidenciaba, por un lado, que el poder y legitimidad de los alienistas se hallaba lejos de constituir una autoridad consolidada. Se carecía de una Ley que rigiera y organizara con claridad las situaciones de internación para enfermos

mentales. Por otro lado, una vez que una persona ingresaba a la institución, el quehacer profesional, chocaba de manera frecuente con la actitud de rechazo y abandono de la familia hacia el paciente, respuesta particularmente visible en ocasiones en que se le confería el alta terapéutica (Sacristán, 2009).

Respecto al primer punto, hasta los renglones más formales del ingreso de Adela, asociados a la entrega que realizó Roque de dos certificados de alienación mental firmados por sendos médicos cirujanos, el doctor Piñero y el doctor Mendez, dan cuenta de esa inconsistencia de la autoridad profesional. Sin mayor detalle, certificaron que la “*paciente sufre enajenación mental*” (HC- Adela), cubriendo los requisitos necesarios para su hospitalización, en conformidad a lo establecido por el Código Civil de esos años.

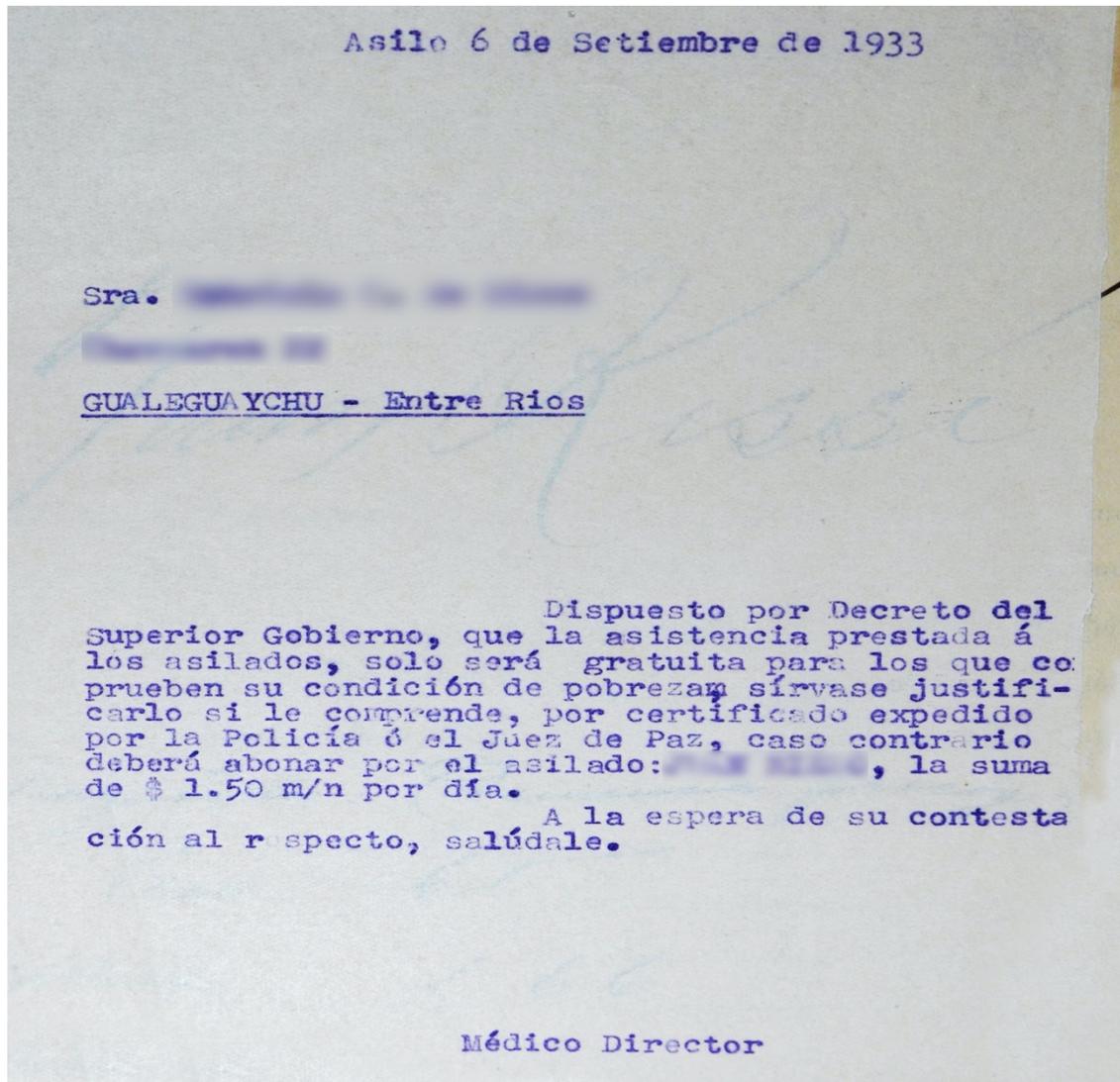
De acuerdo a un artículo publicado por el doctor Cubas (1935), médico interno del Asilo de Oliva, la obligación de los psiquiatras de respetar esa “*narración de síntomas*” (p.36), que según él, cualquier médico estaba en condiciones de realizar, escondía una dramática situación asociada a las irregularidades bajo las cuales generalmente se emitían las certificaciones:

en la mayoría de los casos (...) los certificados de alienación se extienden sin ver al enfermo. (...) [incluso] este cargo no es sólo imputable a médicos particulares, sino que en muchos casos profesionales que desempeñan tareas oficiales, tales como médicos de policía, tribunales, etc., no tienen inconveniente en certificar un estado que no han comprobado, confiados solamente en la buena fe del acompañante, que si a veces es un familiar muchas veces es un extraño”. (Cubas, 1935, p.37)

En relación al segundo aspecto asociado a los comportamientos familiares hacia el paciente, como se desarrollará convenientemente, una vez concretadas las internaciones, las actitudes de rechazo o abandono hacia el enfermo en las instituciones hospitalarias no fueron una excepción, factor que contribuía al fenómeno de la cronicidad y el hacinamiento institucional (Sacristán, 2009). Más allá de la existencia de normativas básicas o medidas terapéuticas que servían para soliviar el contexto de escasez material y de sobrepoblación, como por ejemplo el otorgamiento de altas terapéuticas tempranas o solicitud de pago de tasa de internación en el caso de alienados no indigentes, no siempre era fácil sostener su cumplimiento en Oliva. Así por ejemplo, a partir del año 1933 se observó con mayor frecuencia en las HC, los duplicados de notas dirigidas por la dirección de la institución a los familiares responsables de los enfermos. Mediante estas

correspondencias se les reclamaba el envío del certificado de pobreza de solemnidad, o en caso contrario, la suma de dinero equivalente a la “tasa de asistencia”⁹⁸ (Figura 10. HC-1, 6 de septiembre, 1933). Aunque en la mayoría de las situaciones se remitía el comprobante correspondiente, no siempre era así, pese a lo cual, los pacientes continuaban internados en Oliva⁹⁹.

Figura 10. Solicitud del certificado de pobreza de solemnidad



Ejemplo del modelo de solicitud que enviaba la institución a la familia del paciente para pedir el envío de certificado de pobreza, o caso contrario, el abono de la tasa de asistencia. 6 de septiembre de 1933.

Fuente: HC del Archivo Hospital Emilio Vidal Abal.

⁹⁸ El acceso gratuito a las instituciones hospitalarias nacionales para indigentes requería de la presentación del certificado de pobreza, extendido por autoridad competente según artículo art.57 del código sanitario, de no disponerse debía abonarse de manera mensual la suma del costo de hospitalidad diario (Eraso, 1999).

⁹⁹ En el apartado final del presente capítulo se presentará un ejemplo representativo de la mencionado (véase Figura 17, HC-Luis, 6 de septiembre, 1933).

Las dinámicas sociales del momento y las estructuras familiares de los pacientes derivaban en factores que influían en las modalidades de ingreso, evolución del tratamiento y, finalmente, el desenlace del caso. Algunos puntos que se identificaron en la entrevista médica que se le realizó a Adela en 1930 fueron reveladores. El sentimiento de tristeza y su idea de estar “*nuevamente en Oliva [por] no querer trabajar en su casa*” (HC-Adela), ponen en el centro de la situación los conflictos intrafamiliares de esta joven que, como mujer, se habría hallado condicionada por las desigualdades de género imperantes (Giordano, 2014). Asimismo, la insolvencia material fue manifiesta, evidentemente vinculada a la situación socioeconómica de su padre, tutor legal y proveedor de la vida material de su hija. Seguramente, el destino de aquel hombre fue muy distinto a su expectativa al emigrar de su Italia natal en busca de mejores oportunidades promocionadas por los gobiernos de época (Rochi, 2000). Los datos arrojados por la HC de Antonio, permiten inferir que su vida no estuvo exenta de complicaciones a causa de su alcoholismo, pero también por la precariedad laboral que implicaba trabajar de jornalero rural, posiblemente en alguna empresa agrícola o chacra de Arroyo Cabral (HC-Antonio).

A pesar que en los registros los psiquiatras del Asilo de Oliva evidenciaron una tendencia a la desatención de las relaciones interpersonales, algunas breves anotaciones consignadas en el historial psiquiátrico de Adela, conceptuadas como “*antecedentes hereditarios*”, revelaron que su madre y luego su padre también fallecieron internados en Oliva. Rosa murió en algún momento sin especificar entre 1915 y 1930 (cuando ingresó Adela), complicada por las consecuencias de un alcoholismo avanzado, acompañado por un cuadro de “*debilidad mental*” (HC-Rosa). Su primer ingreso al establecimiento sucedió en noviembre de 1914, fecha en que fue trasladada al recién inaugurado Asilo Colonia Regional Mixto de Alineados de Oliva desde el Hospital Nacional de Alienadas (Buenos Aires); probablemente esta mujer haya sido parte de aquel primer contingente de personas que se derivaron desde allí (Ablard, 2008). Antonio ingresó y murió en la institución con posterioridad al internamiento de su hija. El fallecimiento tuvo lugar apenas transcurridos 20 días desde su admisión, el 9 de noviembre de 1931. Al igual que su mujer, la causa fue un alcoholismo avanzado (HC-Antonio). Completando la estructura familiar, Adela tenía al menos 4 hermanos que “*vivían sanos*” (HC-Adela). Tal como ha sido frecuente de observar en otros casos, la ausencia de lazos fraternales fue una constante, salvo en 1933, cuando a pedido de las autoridades de Oliva “*los miembros de*

su familia” gestionaron ante a las autoridades de Arroyo Cabral un certificado de pobreza de solemnidad para la interna (HC-Adela).

Se desconocen detalles cruciales de la vida de relación del matrimonio entre Rosa y Antonio, pero, aun así, el deterioro del vínculo fue evidente. Rosa, a pocos meses de su traslado a Oliva desde el Hospital Nacional de Alienadas, fue dada de alta. A finales del año 1915, ingresó al establecimiento por segunda vez. Fue llevada por la Policía de Río Cuarto envuelta en un ataque contra su marido a quien acusaba de propinarle constantes maltratos (HC-Rosa). Difícilmente se pueda entender que la mayoría de personas hospitalizadas en las instituciones psiquiátricas lo hacían engañadas o “secuestradas”, pero esta realidad fue una preocupación que ocupaba la atención de los psiquiatras argentinos. En sus palabras, estos acontecimientos estaban asociados a intereses económicos y desidia de las familias, observándose dos prácticas bastante extendidas: que algunos familiares “*hicieran pasar por locos*” a sus parientes para encerrarlos y así quedarse con sus bienes, y que los internaran para no enfrentar el costo que traía consigo solventar la vida y convivencia “*con un senil o un[a] idiota*” (Cubas, 1935, p.37).

Efectivamente, tanto Adela como cada uno de sus padres, representaron casos heterogéneos, por las enfermedades diagnosticadas, así como por sus lógicas de ingreso. La llegada voluntaria de Antonio a Oliva completa el cuadro repasado. Tan grave y deteriorada habría sido su situación que, según manifestó quien lo acompañó desde su casa hasta el establecimiento, sólo quería “*que le den algo para morir*” (HC-Antonio). Sin duda, tanto la internación de Rosa en 1915, cuando la joven apenas tenía cuatro años, como la convivencia con aquel padre alcohólico, explicarían muchos de los comportamientos y padecimientos de Adela. El cuadro con el que ingresó Antonio a sus 54 años de edad, diagnosticado de alcoholismo orgánico con demencia (HC-Antonio), no se habría desarrollado en pocos meses, más bien acarreó años de tensiones y sufrimientos. La mirada del Dr. Fazio, interno de guardia que atendió en un primer momento al hombre, refirió a su estado “*psíquico*”, caracterizándolo por la incoordinación, los juicios absurdos y la desorientación completa con “*depresión intensa y desafectivización familiar*” (HC-Antonio). En este marco, difícilmente puede interpretarse su “*indisposición*” aquel 15 de febrero (cuando mandó a Roque a internar a Adela) sin considerar la evolución previa de su patología.

La historia del caso de Adela involucra más actores y procesos leídos desde un contexto más amplio, pero no por ello menos cruciales en la experiencia de la paciente internada. Su ingreso al establecimiento coincide con un escenario institucional

caracterizado por el aumento progresivo del grupo de alienados crónicos, acompañado de un panorama de recursos insuficientes que ocasionaría fisuras en el modo de funcionamiento de Oliva. La localización de las dos HC pertenecientes al padre y la madre ilustran de manera más completa el inestable clima institucional arrojando datos que colaboran en matizar aún más la afirmación que realiza Eraso (1999, 2002) sobre la función predominante que sostuvo la psiquiatría y sus instituciones, en este caso el *Open Door* de Oliva, como dispositivos de control social y disciplinamiento de los sectores pobres (Eraso, 2002). Cada uno de los internamientos mencionados, inclusive los dos de Adela, estuvieron a cargo de distintos especialistas. Es importante detenerse en este punto, ya que algunos elementos vinculados a los ingresos de pacientes, dan sustento a la aseveración sobre un tipo de organización institucional caracterizada por la urgencia, la falta de recursos humanos y la sobrepoblación.

En primer lugar, como sucede en la mayoría de las HC iniciadas o reabiertas en la década de 1930, la de la joven dio cuenta de la multiplicidad de médicos firmantes que estaban a cargo de las anamnesis de ingreso. En todo caso, esta observación coincide con la organización institucional que el Dr. Vidal Abal anunció en las memorias administrativas, sobre la reorganización del cuerpo médico realizada en 1926, en la cual él quedaba como único responsable de la sección del Asilo¹⁰⁰. Al menos hasta el año 1935, no se registró su firma en los documentos de las entrevistas de anamnesis que se realizaban en la sección del Hospital. Además, los distintos médicos que estuvieron a cargo de los ingresos de los pacientes pone de relieve ciertas dificultades en la determinación precisa de roles en el área de Hospital, junto a la ausencia de secciones que demarcaran los servicios de Admisión de pacientes y profesionales específicos asignados a tal fin. Esta dinámica en la organización institucional, sí se encontraba en funcionamiento, para la misma época, en los hospitales bonaerenses (Navarlaz, 2007; Navarlaz y Miranda 2009; Rossi y Navarlaz, 2009; Rossi e Ibarra, 2010; Jardón, 2010; Falcone, 2013).

En segundo lugar, elementos de la HC de Adela indicaron que, dada la gran cantidad de pacientes que se atendía en Oliva, en ocasiones era difícil disponer con facilidad del documento anterior en casos de reingreso o en la cotidianidad institucional.

¹⁰⁰ En el año referido, a la división existente entre las áreas de Hospital y Asilo, se le sumó una redistribución de los siete psiquiatras que trabajaban allí, destinando seis a la atención de los casos agudos (Hospital) quedando tanto sólo uno, el director, a cargo del área del Asilo Colonia que albergaba por entonces a 2.400 alienados crónicos (Vidal Abal, 1933).

Así por ejemplo, en el año 1943, su HC *“escrita en dos oportunidades anteriores”*, se realizó por tercera vez, luego de declarar su extravío: *“11/ Febrero/ 43 - En la fecha se rehace esta copia para el Servicio médico de Villa Va. segunda 135 por extravío del mismo. Es copia fiel del original”*¹⁰¹ (HC-Adela, febrero 1943).

Por último, en cuanto a las intervenciones de los profesionales en los documentos de cada paciente, durante el primer año de funcionamiento de la institución (1914-1915), y tal como se visualizó en la HC de Rosa, los registros médicos se realizaban diariamente y referían a descripciones comportamentales, ligadas a sintomatología psiquiátrica. Con el paso del tiempo, la frecuencia en las anotaciones fue disminuyendo, e incluso la mayoría de los documentos, ya en la década del 1930, carecen de ellas, y en caso de tenerlas, generalmente son anuales, breves y escuetas (una sola línea manuscrita). Las evoluciones médicas, vuelven a ser más frecuentes entre los años 1939-1940, y alcanzan una periodicidad mensual o diaria a partir de los años 1944-1945.

Desde estas consideraciones, el extravío y réplicas de los historiales, su estado de deterioro, la variabilidad de médicos firmantes y la escasa frecuencia de sus escritos, ponen de manifiesto la constricción presupuestaria institucional y la tensión profesional experimentada por los psiquiatras de Oliva. Asimismo, como se profundiza en el siguiente apartado, las variaciones en el diseño de las HC y los reiterados vacíos en secciones específicas del documento, también ilustran réplicas frente a las dinámicas disciplinares nacionales, que comenzaban a perfilarse hacia la profilaxis de las enfermedades mentales. Los procesos de profesionalización de la psiquiatría motorizados por la LAHM, implicaron un reajuste de las prácticas diagnósticas y terapéuticas de los alienistas de Oliva.

5.2. El “saber ver” en las prácticas institucionales

Cada miembro de la familia de Adela experimentó una trayectoria de internamiento diferente vinculada en gran medida a las clasificaciones diagnósticas que les fueron asignadas. Estas valoraciones iniciales del estado del paciente eran elaboradas por los psiquiatras de acuerdo a los marcos conceptuales que adoptaban, los cuales servían de guía para interpretar como síntomas o causas, los comportamientos que manifestaba el enfermo al momento de la entrevista de ingreso. En este sentido, el abordaje de las

¹⁰¹ Al momento de consultar la HC de la paciente se reunían en un solo ejemplar todas las copias y registros existentes del documento.

anotaciones médicas realizadas en la sección correspondiente a la anamnesis de las HC, permiten analizar las correspondencias y las distancias que existieron entre las elaboraciones conceptuales de los alienistas de Oliva sobre diagnóstico y etiología de las enfermedades mentales (divulgadas en el Boletín científico de Oliva) y los criterios que utilizaron en sus prácticas de clasificación de pacientes en el establecimiento.

En los capítulos precedentes se expuso el entramado de factores institucionales, disciplinares, socio-políticos y económicos que, hacia la década de 1930, aumentaron el nivel de tensión afrontado por los psiquiatras de Oliva. Además del delicado clima institucional (caracterizado por la insuficiencia de recursos y el hacinamiento) y el debilitamiento de su figura de autoridad como expertos, la cantidad de pacientes crónicos aumentaba cada vez más, y evidenciaba la falta de efectividad del modelo implementado.

En distintas oportunidades, los escritos de Vidal Abal al tiempo que denunciaban el panorama institucional crítico, señalaban que las nuevas propuestas motorizadas por la LAHM, buscaban “*desentenderse*” del problema disciplinar de la cronicidad y pretendían “*hacer desaparecer el Asilo*”, relegando su función a espacios “*depositarios de un grupo de seres, de los que [se procuraba] desentenderse, por prejuicios, por razones de interés, (...) y, por qué no decirlo, hasta por comodidad*” (Vidal Abal y Soler, 1933, p.65). Desde la perspectiva del director del establecimiento, los objetivos de la LAHM mostraban vacíos a nivel de la asistencia del paciente crónico. Además, erosionaban su categoría de expertos, al igual que la de sus colegas a cargo, ya que las propuestas de la psiquiatría profiláctica eran de difícil concreción en un espacio institucional como Oliva.

Frente a este panorama, “*se imponía como en toda valoración, una revisión, un reajuste*” en el modelo desarrollado hasta el momento (Vidal Abal y Soler, 1933, p.64). Dentro de las modificaciones que era necesario realizar, las actividades diagnósticas desarrolladas por los profesionales y la revisión de los marcos conceptuales etiológicos que guiaban sus criterios de clasificación de pacientes, ocuparon un lugar preponderante. La valoración inicial del estado de los pacientes, al identificar el nivel real de deterioro y su posible pronóstico de evolución, contribuía a que la cantidad de pacientes crónicos no continuara aumentando innecesariamente. Además, el “ojo clínico” y las evaluaciones diagnósticas justificaban a los alienistas como verdaderos especialistas, por lo que, formaron parte de un objeto privilegiado de reflexión y trabajo.

Estas tareas de clasificación de pacientes que realizaban los psiquiatras de la institución, se referían en primer lugar a la asignación del enfermo a un sector institucional específico (Hospital o Asilo) de acuerdo a su estado mental y corporal.

Posteriormente también debían valorar la sintomatología que manifestaba el enfermo para realizar su “rotulación” diagnóstica en base a las nomenclaturas vigentes.

Respecto al primer punto, en los casos clínicos que se vienen trabajando, cada miembro de la familia de Adela fue derivado a distintos sectores institucionales. El hecho de que Rosa y Antonio hubieran presentado síntomas orgánicos, con locuras de origen tóxico¹⁰², definió que se los considerara enfermos agudos que requerían asistencia en cama, tratamientos predominantemente ligados a lo farmacológico y una vigilancia permanente, y consecuentemente, fueron destinados al área del Hospital. En cambio, los antecedentes de tratamientos previos de Adela, pero principalmente el buen estado físico que presentaba (es decir, la función normal de su cuerpo) y su cuadro anímico hipotímico que no evidenciaba agitación ni grandes variaciones sintomatológicas respecto al ingreso anterior, definió que su lugar dentro del espacio institucional fuera distinto al de sus padres, ambos comprometidos orgánicamente. Fue destinada al aislamiento dentro del área Asilo, espacio que al menos en principio, habría estado dedicado a los crónicos incurables.

Lo mencionado entra en correspondencia con la forma de organización del espacio físico que adoptó Oliva desde su apertura. Según la clasificación de los pacientes (en agudos/ crónicos), el establecimiento se dividía en dos sectores claramente diferenciados, el área del Hospital y el área más extensa del Asilo Colonia. Cada uno de estos espacios institucionales poseía sus particulares modalidades de asistencia y vigilancia (Vidal Abal, 1929). El área del Hospital de Oliva, por su tamaño más reducido y la posibilidad de sostener una vigilancia y atención de carácter más individualizada y continua, ofrecía asistencia a pacientes que presentaban un cuadro patológico en estado de urgencia ya fuera orgánica o mental. Ello, a diferencia del ámbito Asilar destinado a procesos de más larga historia y presumible duración.

En cuanto al segundo aspecto referido a la rotulación diagnóstica realizada en cada caso como consecuencia de comportamientos interpretados como síntomas, las fojas de la HC de Adela abierta en 1929 y en 1930, reiteraron la etiqueta de “*Depresión melancólica simple*” (HC-Adela).

Aunque no interesa cuestionar la adecuación clínica del diagnóstico realizado a Adela por los distintos psiquiatras del establecimiento (los doctores Fazio y Barrancos), sus registros habilitan discusiones sobre cómo se produjeron sendas interpretaciones, las

¹⁰² Como se analiza más adelante, este tipo de diagnóstico psiquiátrico ofrecía mejores esperanzas a nivel de recuperación, según el sistema de clasificación nosológico adoptado por los psiquiatras locales.

cuales marcaron el posterior itinerario de internación de la paciente en la institución. Desde esta perspectiva, se evidenciaron algunas tensiones y transformaciones que surcaron el conjunto de conceptualizaciones teóricas de estos psiquiatras durante el examen de los síntomas de la paciente, así como cuando procuraron explicaciones etiológicas de la enfermedad mental que, según entendían, padecía la joven.

La primera valoración diagnóstica que le realizaron a Adela estuvo a cargo del Dr. Fazio, durante la primera internación de la joven en Oliva. En aquella fecha (noviembre de 1929), la semiología construida por el especialista a partir de los comportamientos de la paciente, recuperaban términos relativamente especializados como “*abulia*”, “*depresión*” y “*actitudes hipomaniacas*”. La lectura de los síntomas y la observación del psiquiatra, se resumieron en que, al ingreso, la paciente se encontraba “*tranquila, orientada, deprimida, cuesta mucho arrancarle una contestación, parece temerosa cohibida, regularmente instruida*” (HC-Adela). La renuencia o incapacidad de Adela para responder al interrogatorio de ingreso realizado por Fazio, creó las condiciones para que las versiones de su padre, quien la acompañaba en esa primera internación, fueran una pieza indispensable de la valoración psiquiátrica. Posiblemente por ello, la anamnesis en cuestión fue escueta y reunió, por un lado, las impresiones del alienista, y, por otro, las declaraciones de Antonio quien manifestó que los primeros síntomas de su hija habían comenzado un año atrás: “*Hace aproximadamente un año comenzó a notarla [a su hija] cambiada en sus modalidades, deprimida, llorosa*” (HC-Adela). La insistencia en el valor estratégico asignado a las palabras de Antonio, hace necesario destacar la utilización que realizó de la palabra “*depresión [deprimida]*”, cruzando los lindes académicos, término que Antonio posiblemente había incorporado por la larga trayectoria de su familia en instituciones psiquiátricas. De todas formas, no debe confundirse la importancia dada a la visión del padre con la significatividad otorgada al término en sí mismo.

Este primer ingreso de Adela dio cuenta de la perduración en Oliva de estructuras y concepciones tradicionales de corte anatomopatológico, lo que se tradujo en la elaboración de la habitual ficha craneométrica (Figura 11), presente en las HC del periodo, que detallaban la “*morfología del cerebro, en línea con un modelo somático*” propio de la psiquiatría positivista de comienzos del siglo XX (Falcone, 2012, p.57). Desde esta dimensión fisiológica también se analizaba el correcto funcionamiento del organismo de los alienados, a través de los exámenes serológicos, pupilares, reflejos y neurológicos, que coincidía con una manera de diagnosticar construida institucionalmente

y, que los alienistas de Oliva calificaron como “*diagnóstico por eliminación*”¹⁰³ (Ferrer, 1935 a). De hecho, como evidencian los datos presentados, que en su mayoría corresponden a valoraciones anatómicas y comentarios de terceros allegados a la paciente, la primera semiología psiquiátrica realizada de Adela se basó en aspectos corporales y manifiestos, más que en la indagación de su emocionalidad y funcionamiento mental.

Figura 11. Modelo institucional de ficha craneométrica

Medida	Valor
Circunferencia de la base	54
Curva antero posterior	29
Curva bi-auricular	29
Semi curva fronto bi-auricular	27
Semi curva occipito bi-auricular	27
Semi curva front. occipital izq.	27
Semi curva front. occipital derech.	27
Diámetro antero post máximo	18
Diámetro transverso máximo	14
Índice cefálico	48
Tipo cefálico	Mesaticefalo
Tamaño: forma de cráneo	Mesencefalo

Fotografía de las ficha craneométrica de la HC de Adela que formaban parte de las primeras páginas de los documentos.

Fuente: HC del Archivo del Hospital Emilio Vidal Abal.

¹⁰³ El diagnóstico por eliminación se realizaba de acuerdo a los resultados de examen físico de los pacientes o de sus respuestas frente a la aplicación de un tratamiento. Estos resultados, se utilizaban para descartar el encasillamiento en cada categoría diagnóstica siendo el diagnóstico definitivo aquel que menos refutaciones evidenciaba. Se distinguía del diagnóstico diferencial al no sustentarse en varios diagnósticos iniciales posibles que se corroboraban en base a un análisis semiológico de comportamientos sintomatológicos (Ferrer, 1935 a; Hernández Ramírez, 1935 a).

Las interpretaciones médicas que formaron parte de la segunda valoración diagnóstica de Adela mostraron una tendencia similar a las realizadas por el Dr. Fazio respecto a la predominancia de criterios organicistas. Esta situación tuvo lugar durante la admisión y entrevista inicial correspondientes al reingreso de la joven al establecimiento y estuvo a cargo del Dr. Barrancos. En 1930, la recurrencia de síntomas en la paciente se evidenciaba parcialmente. El registro efectuado en la anamnesis realizada por el alienista, se movió a partir de una narrativa mucho más “fenomenológica” de la conducta de Adela. El especialista indicó que no mostraba señales visibles de desorientación o exaltación: “*se presenta tranquila, temerosa, callada. Bien orientada en espacio y tiempo, dice estar triste porque tiene muchas penas (...) contestando a las preguntas sin retardo, con coherencia*” (HC-Adela). La disposición al diálogo de Adela en esta oportunidad, no se había observado el 20 de noviembre de 1929, cuando a Fazio le costaba “*mucho arrancarle una contestación*” (HC-Adela).

El Dr. Barrancos abrió la posibilidad de acercarse a ella de una manera distinta a lo que había practicado su colega, al mismo tiempo que no era una situación nueva para Adela el ingresar al establecimiento. Tal vez ambos elementos permitieron dar voz a la paciente, según la cual, el motivo de encontrarse nuevamente allí residía en que “*en su casa no quería trabajar*” (HC-Adela). Aunque no es posible concluir que su palabra tuviera un efecto sobre la interpretación médica fue novedoso que la entrevista recuperara su testimonio.

La visión y los dichos de Roque¹⁰⁴ en relación al estado de Adela, también fueron registrados por el Dr. Barrancos en la construcción del diagnóstico de la joven. Como había sucedido en noviembre del 1929, aunque por otras razones, las versiones del informante fueron decisivas al decir que ella habría manifestado “*que desearía suicidarse (se envenenaría) pero nunca realizó tentativas*” (HC-Adela). Se desconoce si existieron otros diálogos que no se plasmaron en el documento correspondiente, pero, nada indica que la ideación suicida fuera un tópico de conversación entre el médico y la paciente, a pesar de que tal asomo fuera crucial. Efectivamente, la gravedad de esta información fue interpretada como perentoria, dado que las personas con intenciones suicidas eran especialmente conceptuadas como un peligro para sí mismas. Esta problemática era asociada por los psiquiatras de Oliva al imperio del Código Civil que en su artículo 156, marcaba que el demente no sería privado de su libertad personal, sino en los casos que

¹⁰⁴ Se recuerda que Roque, era un amigo del padre de Adela, que llevó a cabo la internación argumentando la ausencia de Antonio mediante una carta escrita por él.

sea de temer que usando de ella, se dañe así o a otros (Cubas, 1935). Adela, para ese entonces había sido internada dos veces y nuevamente volvía a presentar certificados de alienación, los que, si bien eran conceptuados como poco fiables, marcaban los límites legales entre los que se podían mover estos psiquiatras.

El modo en que ambos psiquiatras construyeron el diagnóstico de Adela señala la importancia de retomar las producciones científicas de los especialistas de Oliva en materia de etiología de las enfermedades mentales, ya que se advierten distancias entre los criterios teóricos y las prácticas de clasificación desarrolladas.

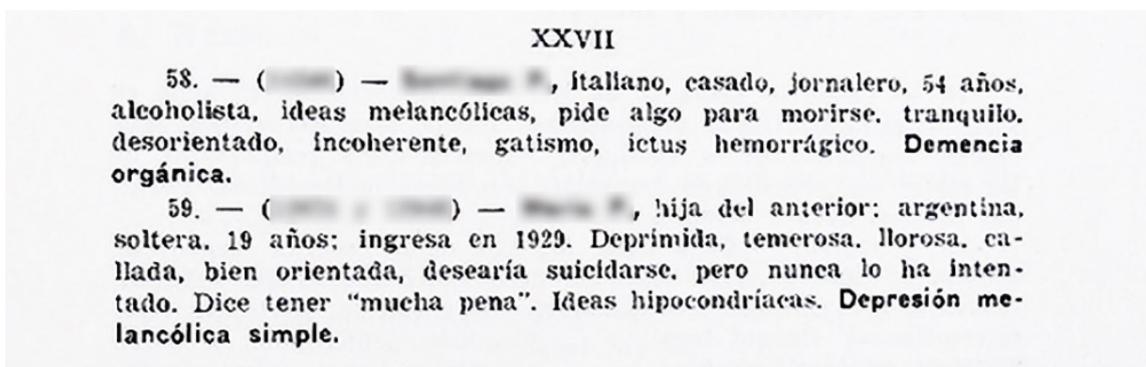
Las propuestas profilácticas de la LAHM tensionaron el modelo desarrollado por los alienistas de Oliva. En respuesta a este panorama, los especialistas locales fueron incorporando en sus modelos conceptuales los lineamientos propuestos por la Liga y sus discursos científicos mostraron mayor porosidad hacia perspectivas afines a la medicina social. La publicación realizada por el Dr. Barrancos (1935 a), sobre la herencia de las enfermedades mentales entre padres e hijos alienados, fue representativa de la apertura que realizaron los marcos conceptuales institucionales hacia la consideración de los factores ambientales y sociales en la génesis de la patología¹⁰⁵. En los escritos médicos de las HC resultan evidentes los desplazamientos realizados por el mismo especialista al momento de indagar la historia personal de Adela para realizar su valoración inicial, durante el segundo ingreso de la joven al establecimiento.

En aquella divulgación publicada en el Boletín, de autoría del Dr. Barrancos (1935 a), las prácticas científicas del psiquiatra incluyeron al caso de Adela en el objeto de estudio integrado por una muestra de 82 “padres e hijos” alienados, que estaban o habían estado internados en el Asilo Colonia de Oliva (véase, Figura 12). De acuerdo a los modelos somáticos presentes en la psiquiatría argentina en la década del 1920 (Falcone, 2012), el aporte conceptual de la publicación de Barrancos se asoció al tránsito hacia una concepción de enfermedad mental permeable a la injerencia de factores explicativos de tinte social, abandonando el determinismo positivista, que aún se imponía en muchos psiquiátricos de la época. Sin embargo, tanto Barrancos, como su colega, el Dr. Fazio, pusieron de relieve la preponderancia otorgada a la indagación de los “antecedentes hereditarios” de la paciente. Esta pieza constituyó un elemento destacado

¹⁰⁵ El texto científico realizado por el Dr. Barrancos revistió una marcada importancia al ser el único artículo que tomó por objeto de indagación la herencia como factor etiológico de la enfermedad mental, aspecto que era mencionado como problemático casi de manera exclusiva en la mayoría de las publicaciones del Boletín. El artículo fue analizado a lo largo del capítulo 3.

en la estructura dedicada a su ingreso al establecimiento, en detrimento y ausencia de la indagación de las dinámicas familiares involucradas en la configuración de su estado anímico, o los intereses que habrían motorizado su internación. A pesar que, para el mismo Dr. Barrancos el enfermo era en cierto modo, un “reflejo del ambiente en que había vivido”, los escritos médicos en las HC muestran, como sucede con la de Adela, que los interrogatorios no profundizaban en esa dirección, y la voz del paciente en ocasiones se sostenía con menor nivel de importancia que la de “terceros o encargados” que los acompañaban.

Figura 12. Publicación del caso de Adela y Antonio



Referencia del caso de Adela y su padre en la publicación científica del Boletín de Oliva que investigaba la herencia de las enfermedades mentales en una muestra constituida por 82 padres e hijos alienados que habían sido internados en la institución.

Fuente: Barrancos A. Padres e hijos alienados. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935;3(10):280-304.

La marcada importancia que continuaba teniendo la concepción hereditaria y el abordaje organicista de las enfermedades mentales dentro del modelo alienista desarrollado en Oliva, se reflejó, además de lo mencionado anteriormente, en las rotulaciones diagnósticas que se asignaron a Adela, Rosa y Antonio. La revisión de los sistemas de clasificación diagnóstica utilizados en la época que incluyeran esas etiquetas de patología, conducen a nomenclaturas definidas desde un abordaje anatomopatológico y concepción degeneracionista de las patologías psiquiátricas (Stagnaro, 2017).

Los doctores Fazio y Barrancos coincidieron en que el cuadro sintomatológico que presentaba Adela se correspondía con una “depresión melancólica simple”, diagnóstico usual en el universo de clasificaciones de la época, aunque también bastante discutido en la psiquiatría europea (Berrios, 2013). A nivel nacional, la etiqueta de

“depresión melancólica”, se incluyó como entidad patológica a partir de la propuesta que realizó el doctor José Tiburcio Borda¹⁰⁶ de una clasificación de las enfermedades mentales que armonizara la variedad de conocimientos que circulaban en el campo psiquiátrico (Stagnaro, 2017). Este psiquiatra argentino, alumno de Domingo Cabred y Christofredo Jakob, presentó su modelo de nomenclatura de fuerte impronta anatomopatológica en el año 1922 en el marco del II Congreso Nacional de Medicina recibiendo gran aceptación de sus colegas (Stagnaro 2017). La consideración de estos aportes ayuda a comprender las decisiones registradas en las HC institucionales, que, de manera predominante se identificaron con la adopción de un modelo organicista de las enfermedades mentales.

Las categorías de la nomenclatura propuesta por el Dr. Borda se organizaban a partir del criterio anatomopatológico y de la consideración de factores etiológicos constitucionales y degenerativos (Stagnaro, 2017)¹⁰⁷. En primer lugar, se diferenciaba la alienación mental “congénita” de la alienación mental “adquirida”. En segundo lugar, dentro de las enfermedades consideradas “adquiridas” se incluía a dos subgrupos de patologías, según se manifestaran en sujetos de constitución hereditaria “normal” y aquellos con constitución hereditaria “degenerada”. El diagnóstico de depresión melancólica asignado a Adela, pertenecía al grupo de patologías “adquiridas” en enfermos mentales con “antecedentes” familiares que presentaban una herencia constitutiva degenerada. En ese sentido, al momento de la clasificación diagnóstica que se realizó a Adela, los alienistas enfatizaron en sus antecedentes hereditarios de alienación mental. En cambio, las locuras tóxicas como el alcoholismo (etiquetas asignadas a Rosa y Antonio), se consideraban enfermedades mentales adquiridas, pero en sujetos “armónicamente constituidos” (sin antecedentes hereditarios) y por lo tanto se les atribuyó un mejor pronóstico terapéutico.

¹⁰⁶ José t. Borda (1869- 1936), médico psiquiatra argentino, cursó su carrera profesional en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, de la que egresó en 1896. Trabajó y vivió en el Hospicio de las Mercedes donde fue alumno de Domingo Cabred y de Christofredo Jakob, de allí su fuerte impronta anatomopatológica como explicación de las enfermedades mentales (Stagnaro, 2012).

¹⁰⁷ Su adopción de criterios etiológicos constitucionales y degenerativos en detrimento a los psicológicos descriptivos y clínicos presentaba serias dificultades para ubicar en su nomenclatura ciertos cuadros típicos incluidos en otras nosografías de la época, como por ejemplo la psicastenia y la histeria. Por este motivo, el modelo clasificatorio terminó por debilitarse cuando surgieron otros alternativos como el de G. Bosch y L. Ciampi (1930)

Hasta el momento, los elementos analizados del caso de Adela correspondientes a las evaluaciones médicas que se realizaron en sus ingresos y la construcción de su diagnóstico, sugieren que existieron ciertas distancias entre las conceptualizaciones etiológicas de las enfermedades mentales que los alienistas de Oliva sostuvieron en sus escritos científicos, y las prácticas clasificatorias efectivamente desarrolladas con los pacientes. Más allá del grado de porosidad de sus conceptualizaciones teóricas hacia la consideración de factores sociales y ambientales como determinantes de las patologías, sus actividades, continuaban sosteniendo una postura degeneracionista y un énfasis en la indagación de antecedentes hereditarios como base de sus decisiones terapéuticas, en mayor correspondencia con un modelo organicista. Estos datos parecen verificar la idea de Navarraz y Miranda (2009) sobre unas nosografías argentinas que continuaban dando cuenta de hipótesis de degeneración y utilizando herramientas centradas en causalidades orgánicas, mucho tiempo después de que fueran abandonadas en Europa. Además, aunque se recogían datos familiares de los pacientes, en general, la utilidad que se le otorgaba a esa información estaba vinculada de manera más estrecha a localizar antecedentes hereditarios y estigmas corporales, que a la indagación de los vínculos y ambiente afectivo familiar.

El análisis de las estructuras que presentaban las HC apuntó en la misma dirección, señalando las distancias que existieron entre las propuestas discursivas de los alienistas de Oliva y la praxis efectivamente desarrollada. Los cambios en el diseño formal del documento arrojaron evidencias sobre los intentos que realizaban los psiquiatras locales por incorporar los lineamientos de las nuevas orientaciones de la psiquiatría. No obstante, las decisiones médicas relativas a la escritura y vacíos de anotaciones en las HC, pusieron de relieve las tensiones que enfrentaban frente al proceso de profesionalización de la especialidad motorizada por la LAHM.

El diseño estandarizado de las HC característico del periodo en estudio se aplicó en Oliva desde mediados del año 1927¹⁰⁸ hasta finales del año 1945. Los desarrollos

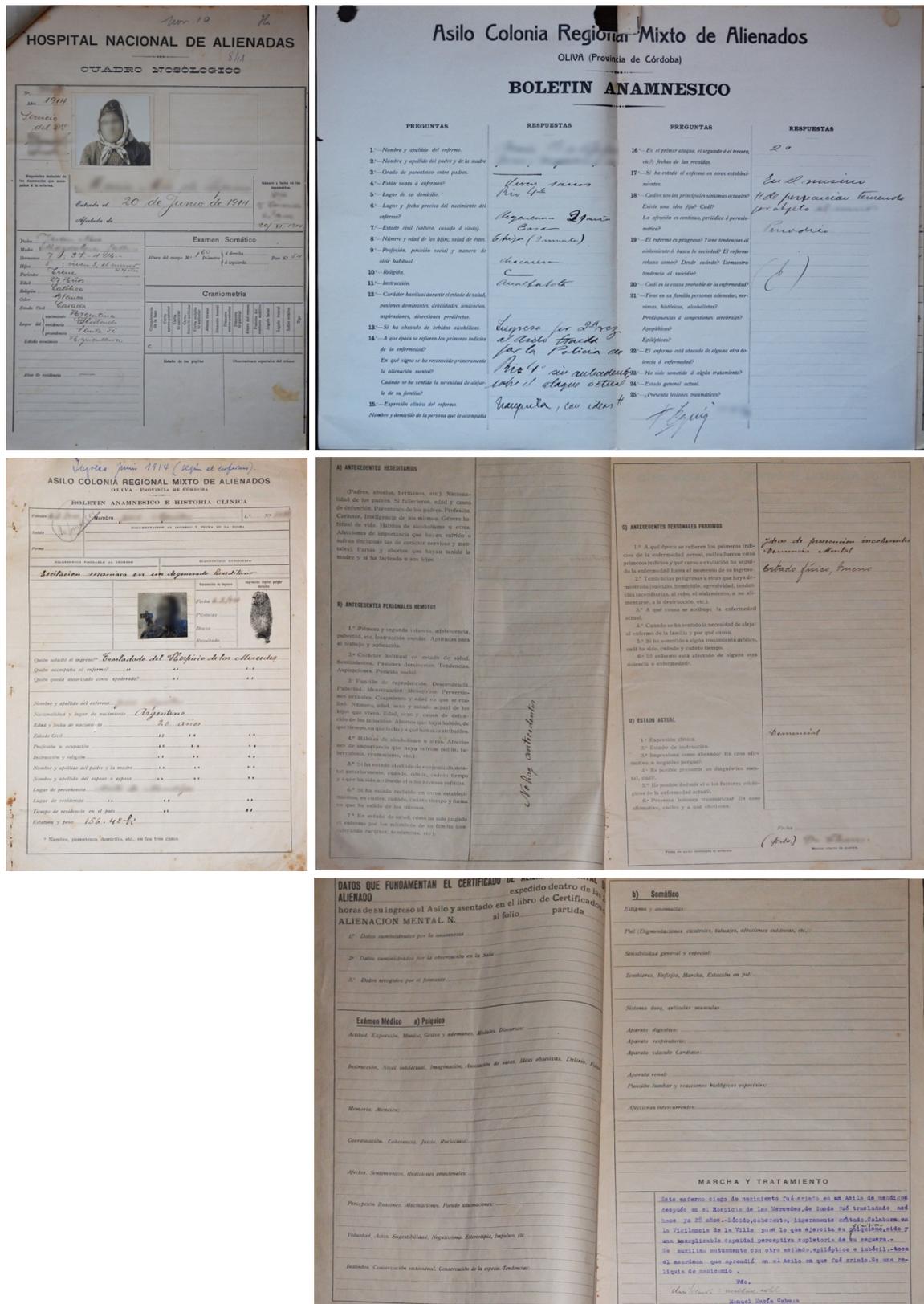
¹⁰⁸ En ese momento, se confeccionó un nuevo modelo en base a los mayores acuerdos alcanzados en el campo de la psiquiatría nacional e internacional sobre las clasificaciones de las enfermedades mentales (Rossi e Ibarra, 2010). Si bien es posible encontrar este modelo de formulario en HC anteriores al año 1927 es importante destacar que fue anexado y rellenado posteriormente al año de ingreso del paciente. Así por ejemplo, varias HC con este diseño registran como fecha de ingreso de los pacientes los años:

teóricos presentados en capítulos anteriores permiten vincular las transformaciones y organización del nuevo modelo de HC (1927), con las dinámicas de profesionalización que venían desarrollándose en el campo de la especialidad. En efecto, dentro de las novedades pueden contarse la inclusión de apartados, en el formulario de anamnesis del paciente, que indagaban sobre sus vínculos familiares, algunos hábitos de vida, y el análisis longitudinal y diacrónico del cuadro patológico para ponderar las posibilidades de recuperación del paciente.

Este formato de HC que comenzó a utilizarse en 1927 fue más extenso que el modelo anterior. Conservaba en la primera página el registro de los datos personales básicos de la persona, la habitual foto de medio perfil del paciente, y el pedido de explicitación de su diagnóstico. Como se analiza posteriormente, en este último elemento se introdujo una modificación significativa que solicitaba al médico la asignación de un doble diagnóstico: un diagnóstico presuntivo y un diagnóstico final. En las páginas siguientes del documento, se encontraban los ítems que el especialista debía completar en la entrevista de anamnesis con el paciente. La sección reagrupaba y ampliaba en distintas categorías, las 25 preguntas del cuestionario que conformaron el formato de HC anterior, utilizado en Oliva entre 1914 y 1926. A las usuales indagaciones que se venían realizando sobre los antecedentes familiares y las taras constitucionales, se agregaron en el formato de 1927, secciones que consideraban factores socio-ambientales del paciente (hábitos diarios, consumo de alcohol, tendencia al juego, roles y funciones familiares desempeñadas), en correspondencia al giro social de la psiquiatría argentina de esos años (Falcone, 2013). En la Figura 13 puede observarse una comparación entre ambos tipos de documentos.

1910, 1912, momento en que la institución no se encontraba aún en funcionamiento y por lo tanto el registro refiere al comienzo de sus internamientos en las instituciones desde las cuales fueron derivados hacia Oliva. Además, los escritos médicos se realizaron en estas HC con máquina de escribir y replican la información de la historia HC del paciente (copia fieles del original).

Figura 13. Modelos de Historias Clínicas del Open Door de Oliva



Fotografías de los dos modelos de HC utilizados en el Asilo de Oliva. Arriba: Modelo de portada y anamnesis de HC utilizada entre 1914 y 1926. Abajo: Formato de HC correspondiente al periodo 1927- 1945.

Fuente: Archivo del Hospital Emilio Vidal Abal.

Otra modificación significativa del formulario radicó en la lectura longitudinal que se le solicitaba al médico para realizar la valoración del cuadro morbos del paciente. En el nuevo diseño, la sección en la que habitualmente se completaba el diagnóstico se subdividió en “*diagnóstico presuntivo*” y “*diagnóstico definitivo*”. La doble asignación diagnóstica, como señala Rossi e Ibarra (2010), enfatizaba en la valoración temporal y el curso de evolución del estado patológico, a fin de distinguir sintomatología premórbida en estado de pre alienación. Asimismo, era útil para distinguir las posibilidades de recuperación del enfermo en base a su nivel de funcionamiento autónomo (Guerrino, 1982)¹⁰⁹. Esto concuerda con el afianzamiento del concepto de predisposición y el debilitamiento del degeneracionismo como modelo etiológico de las enfermedades mentales durante la década del 1930 que ha sido desarrollado en capítulos anteriores.

Los postulados teóricos que señalaban la posibilidad de revertir ciertos estados mentales patológicos mediante su detección precoz en servicios de admisión o consultorios externos de las instituciones, y concomitantemente, la disminución de la cronicidad, fueron sostenidos con énfasis por la LAHM (Rossi, 2005). En correspondencia, el nuevo diseño de HC institucional incorporó junto al registro de la fecha de ingreso del paciente, un casillero para la fecha y modalidad de egreso.

Todas las transformaciones mencionadas en el nuevo diseño del documento, no fueron exclusivas del Asilo Colonia de Oliva, también se incluyeron hacia finales de la década de 1920, en las HC de algunos de los hospitales psiquiátricos bonaerenses que dependían de la CAAHR, como el Hospital Nacional de Alienadas (Jardón, 2010) y el Hospicio de las Mercedes (Rossi y Navarraz, 2009). Sin embargo, las respuestas médicas a estas novedades estructurales de formato fueron diferentes en las distintas instituciones. En el Hospicio de las Mercedes, la asignación de un doble diagnóstico adquirió relevancia luego que asumió la dirección del establecimiento el doctor G. Bosch (1931) y también a partir de la propuesta que este psiquiatra realizó, junto a Ciampi Lanfranco¹¹⁰, de una clasificación de las enfermedades mentales en el Boletín del Instituto Psiquiátrico de la

¹⁰⁹ La designación de un diagnóstico presuntivo se realizaba de acuerdo a una nosología funcional en servicios de admisión, y el diagnóstico definitivo se basaba en la nosología clásica

¹¹⁰ El psiquiatra italiano Lanfranco Ciampi, (1885-1962), fue una figura destacada de la psiquiatría argentina. Fue director del Hospital Psiquiátrico de Rosario y profesor en la Facultad de Medicina de la misma ciudad. Junto a Bosch G. organizó la Liga Argentina de Higiene Mental en 1930. Se especializó, en Italia, como alumno de Sante De Sanctis, en el trabajo con niños deficientes y retrasados. Fue convocado por su reputación, para la dirección de la primera Cátedra de Psiquiatría Infantil en Argentina, siguiendo la corriente neuropsiquiátrica de su maestro (Stagnaro, 2012).

Facultad de Rosario (1930)¹¹¹. En el Hospital Nacional de Alienadas, los escritos médicos comenzaron a responder a esta propuesta de doble diagnóstico desde mediados de la década de 1930, lo que coincide con el cambio de directivos de las instituciones que quedaron a cargo de especialistas que representaban la LAHM (Jardón, 2010).

En el caso de Oliva es necesario profundizar en algunas de las brechas que se han anticipado, entre lo propuesto por el diseño de la HC y los registros efectivamente desarrollados por los psiquiatras de la institución. Mientras que las novedades estructurales evidenciaron el interés por perfilarse con los postulados del movimiento de higiene mental, los escritos médicos reflejaron vacíos específicos en los nuevos campos incorporados. La preeminencia que los psiquiatras de Oliva continuaban asignando al modelo propio del alienismo organicista coincidió con la abundancia de registros en campos sobre la herencia familiar y antropometría¹¹². En la misma dirección, fue frecuente la ausencia de anotaciones en las categorías de datos socio-ambientales del paciente relativos a los de hábitos de vida o vínculos familiares. Tampoco se registraba la fecha de egreso del paciente, aún en las ocasiones en que hubo indicación de alta terapéutica. Los escritos médicos correspondientes a la categoría de “diagnóstico presuntivo”, reflejaron una tendencia similar. La mayoría de las HC carecían de anotaciones en dicho casillero. En caso de presentarlas, éstas tenían formatos de “siglas” (por ejemplo: “300.1”) que indican diagnósticos correspondientes a clasificaciones que entraron en vigencia a partir del año 1950. En consecuencia, puede afirmarse que estos registros médicos fueron realizados sobre los documentos con posterioridad al periodo en estudio.

La diferenciación entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo, requería de mayor tiempo de observación y de seguimiento más individualizado del paciente por parte del médico (Guerrino, 1982). Desde la anamnesis inicial, el especialista podía inferir un diagnóstico presuntivo, el cual sería corroborado o no, según la evolución clínica que manifestara el paciente. Esta clasificación diagnóstica “secuencial”, pudo ser implementada en aquellos establecimientos psiquiátricos que contaban con espacios institucionales de admisión o servicios de guardia específicos, y también, con la cantidad suficiente de especialistas para recibir al paciente en tales sectores y realizar su

¹¹¹ Surgida de la Primera Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal (1928).

¹¹² Fichas craneométricas, análisis de laboratorio y fotografías acompañadas de descripciones sobre la simetría o asimetría de distintos aspectos faciales y corporales de las personas

seguimiento por un periodo de tiempo determinado (Rossi y Navarraz, 2009; Jardón, 2010). Este escenario era ajeno a la realidad material del Asilo Colonia de Oliva que no contaban con dichas áreas de servicios, ni con la cantidad de profesionales necesarios para asignarlos a esas tareas específicas. Como se trabajó en capítulos anteriores, una vez realizada la entrevista inicial al paciente éste era asignado al área del Asilo o del Hospital. En el primer caso, solo un especialista se encontraba a cargo de todo el sector (Vidal Abal), y en el segundo, las actividades de los alienistas estaban más abocadas a resolver urgencias de cuadros somáticos agudos marcados por la agitación o gravedad del cuadro clínico de los pacientes, tal como había sido referido por Vidal Abal (1937 a), y lo mostraban las HC clínicas del momento¹¹³.

A nivel de los diagnósticos asignados a los pacientes, las HC del periodo mostraron similitudes con el modo en que se construyeron las valoraciones diagnósticas de Adela y sus familiares. Prevalcieron de manera más frecuente aquellos diagnósticos basados en la nomenclatura clásica de la psiquiatría, en ausencia de la incorporación de la nosología funcional propuesta por Bosch y Ciampi L., ligada a criterios de profilaxis mental. En efecto, el sistema de clasificación diagnóstica propuesto por ambos psiquiatras (1928), indagaba los determinantes sociales de la patología y requería de una valoración más profunda de cada paciente para identificar su nivel de autonomía y la evolución temporal del cuadro patológico. La realidad material de Oliva respecto a la desproporción médico-paciente obstaculizaba el sostenimiento de observaciones clínicas sistemáticas en cada HC y también la dedicación profunda a entrevista de anamnesis que permitieran encontrar los elementos requeridos para la realización de los diagnósticos funcionales¹¹⁴.

Como se ha expuesto, el diseño de las HC institucionales implementado a partir de 1927, reflejó una actualización de acuerdo a los requerimientos y modelos trabajados por la LAHM. En el nuevo formato del documento se incluyó la indagación por los

¹¹³ Como se desarrollará en el apartado final, los escasos registros médicos en los historiales de pacientes, señalaban las intervenciones médicas que los especialistas desarrollaban frente a situaciones coyunturales de salud física o urgencias psiquiátricas específicas.

¹¹⁴ Es importante destacar en este punto que la nomenclatura clásica se caracterizaba en general por una concepción *estructural* del diagnóstico, a diferencia del diagnóstico *funcional* propuesto por el movimiento de higiene mental. Desde este último tipo de valoración, la evaluación psicopatológica del paciente se complejizaba, ya que se asumía que los estados de enfermedad (o la salud mental, como posteriormente preferirá referir la psiquiatría) eran cambiantes y por lo tanto reversibles (lo que no necesariamente significaba “curable”). En consecuencia, la valoración funcional del estado de salud mental de los pacientes requería una observación sistemática y profunda, ya que el cuadro mórbido no era estático e inamovible, y la revisión periódica. Además, era necesario identificar las relaciones (funcionales y no funcionales) entre los eventos conductuales observados y eventos ambientales, históricos y personales para la comprensión del mantenimiento del estado patológico y el diseño de la asistencia terapéutica (Duero y Shapoff, 2009).

factores sociales y su injerencia en el cuadro patológico de los pacientes y la consideración del “pronóstico del caso” (reflejado en el espacio dedicado a consignar la fecha de salida de la institución y también del diagnóstico presuntivo y definitivo del paciente). No obstante, los registros de los alienistas de Oliva en las HC continuaron dando cuenta de las limitaciones de la realidad institucional que obstaculizaba alinearse con la modernización del rol profesional propuesto (ausencia de anotaciones médicas periódicas en la sección de “*marcha y tratamiento*” durante la década de 1930, extravío de documentos, asignación de un único diagnóstico basado en la nosografía clásica).

Además, las anotaciones de los psiquiatras de Oliva en las HC también reflejaron distancias entre los modelos conceptuales sostenidos en el discurso científico y los criterios que guiaron las prácticas diagnósticas concretas. A pesar de la mixtura teórica que se evidenciaron en las publicaciones científicas, los criterios de la praxis institucional mostraron mayor homogeneidad en sostener la tradición organicista. Las preferencias de los médicos por recabar datos más fisonómicos, y especialmente los de “causas de alienación”, “antecedentes hereditarios”, junto al énfasis en la descripción de los caracteres antropométricos y morfológicos (craneología y estigmas) dieron cuenta de ello. Aún más, como lo demuestra la presentación del caso de Adela, en ocasiones la ausencia de indagación sobre las dinámicas familiares ocasionó “descuidos” que determinaron particulares experiencias de internamiento y trayectorias de asistencia terapéutica.

5.3. El “Saber hacer”. Entre la laborterapia y la praxiterapia

Aunque los registros médicos realizados en la sección de “*marcha y tratamiento*” de la HC de Adela son escasos, ponen en evidencia que, durante los 38 años de internación de la paciente, la laborterapia constituyó el eje de su tratamiento y que, en gran medida, las actividades laborales estructuraban su rutina diaria. Durante su residencia en el Asilo de Oliva, desempeñó diversas ocupaciones que requerían distintos grados de independencia personal y supervisión profesional.

Como se analizó en el capítulo anterior la aplicación de la laborterapia constituyó un pilar fundamental para el funcionamiento del establecimiento y también un elemento a través del cual, los alienistas buscaron justificar su presencia institucional y reconstruir su legitimidad profesional. Al menos hasta la década de 1930, la implementación de la

terapéutica había respondido a los beneficios que aportaba el trabajo de los alienados en el sostenimiento de la economía institucional (Eraso, 1999, 2002). Sin embargo, en correspondencia al proceso de profesionalización de la psiquiatría y las disputas por la legitimidad profesional entre alienistas, neurólogos y psiquiatras (Allevi, 2017, 2019), fue necesario sostener con fundamentos científicos el accionar terapéutico de los especialistas de Oliva. Se requería calibrar el aparato conceptual de la laborterapia para probar su efectividad en materia de tratamiento de las enfermedades mentales, y alejar el rol de los alienistas de la caridad, la asistencia social (entendida exclusivamente como el brindar “asilo”) y la filantropía.

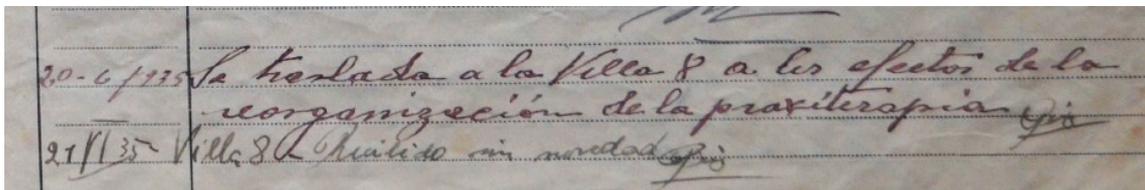
Las afirmaciones precedentes entran en vinculación con los procesos de reescritura del aparato teórico de la laborterapia que realizaron los médicos de Oliva durante la primera mitad de los años 30. A partir de los desarrollos propuestos por H. Simon, reconstruyeron el andamiaje conceptual de la laborterapia con referentes actualizados, y renombraron como “praxiterapia” a la terapéutica en el discurso especializado.

Este proceso no fue ajeno a algunos debates disciplinarios que los alienistas de Oliva sostuvieron con figuras destacadas de la psiquiatría latinoamericana. Las prácticas terapéuticas desarrolladas en el establecimiento, habían llamado la atención de colegas de otras latitudes que ponían en duda la correcta aplicación de la laborterapia con fines terapéuticos, en los pacientes internados en el Asilo de Oliva. Tal fue el caso del Dr. Hernani Lopes, reconocido psiquiatra del movimiento higienista de Brasil (Accorsi, 2018), quien señaló en una publicación científica del año 1933, las inadecuaciones en que incurrían los psiquiatras de Oliva. Según su perspectiva, los alienistas locales hacían prevalecer el aspecto económico sobre el factor terapéutico en la aplicación de la técnica (Lopes, 1933, p.322). En respuesta, en el Boletín del Asilo, el Dr. Conrado Ferrer divulgó las consideraciones y reescrituras que trabajaban junto a sus colegas sobre la terapéutica.

Las anotaciones médicas realizadas en la HC de Adela reflejaron parte de los debates disciplinarios que ocupaban la agenda de los médicos de la institución en materia de tratamiento de enfermos mentales. En el año 1935, un registro médico evidenció el cambio de término para referirse a la laborterapia: “*Se traslada [a la paciente] a la Villa*

8 a los efectos de la reorganización de la praxiterapia¹¹⁵ (20 de Junio de 1935, HC-Adela) (Figura 14)

Figura 14. Renombramiento de la laborterapia por praxiterapia en las HC



Fotografía de la HC de Adela donde se referencia su traslado de Villa como consecuencia de la “reorganización de la praxiterapia”.

Fuente: HC del Archivo Hospital Emilio Vidal Abal.

Los psiquiatras del establecimiento utilizaban por primera vez el término “praxiterapia” en la HC de Adela (como también en otras) para referirse a la terapéutica, en correspondencia al discurso especializado que sostenían en sus publicaciones. En efecto, al promediar la década de 1930, como respuesta a las críticas realizadas por Hernani Lopes (1933), el Dr. Ferrer (1934) había aceptado que “*el término laborterapia era un hibridismo gramaticalmente indefendible*” (p.75), y que era más adecuado el de “praxiterapia” utilizado por H. Simon.

La reescritura del aparato conceptual implicó la mayor delimitación de los criterios de aplicación de la terapéutica, que anteriormente solo se reducía a que “*los enfermos gozaran de buena salud física*” (Ferrer, 1934, p.74). Asimismo, era importante evaluar el tipo de actividad laboral más aconsejable para cada paciente según su estado y nivel de autonomía. Como habían precisado los Dres. Hernández Ramírez (1934 a, 1934 b) y Ferrer (1934) en sus escritos científicos, el desarrollo de la praxiterapia con fines terapéuticos requería de una valoración más específica de las características del caso (diagnóstico, intereses, experiencia previa, etc.). A partir de ello, se tomaban las decisiones relativas al plan terapéutico aconsejado, que debía sostener la organización propuesta por el sistema de H. Simon (1937), de asignación de tareas en un “*orden de complejidad creciente*” (p.123). Al respecto, el fragmento de la HC de Adela presentado anteriormente, permite inferir que esos desarrollos conceptuales fueron realizados en Oliva, implicando una reorganización de las actividades y espacios de trabajo de los

¹¹⁵ El remarcado es propio.

pacientes. La anotación realizada por el médico de turno, refiere que “*se traslada [a Adela] a Villa 8 a efectos de la reorganización de la praxiterapia*”¹¹⁶ (HC- Adela).

Esta referencia no constituyó un hecho aislado en el documento. Los registros restantes en la HC de la paciente indicaron numerosos desplazamientos institucionales acompañados de cambios en las asignaciones ocupacionales. Estos movimientos respondieron a una idea compatible con el principio de complejización progresiva de las ocupaciones y también de criterios terapéuticos más específicos que guiaban la selección de actividades a desarrollar de acuerdo a su estado mental. El seguimiento longitudinal de los registros médicos, mostraron una secuencia tanto a nivel de sus traslados espaciales dentro de las Villas de la sección del Asilo, como así también en cuanto a las tareas laborales que desarrolló. Tales series se inician con su desplazamiento a Villas próximas al Hospital (como, Villa 13-año 1930 y 1943-, Villa 16 -año 1943-, Villa 14 -1961-) en las que se desempeñaba como mucama y como serena, seguido de desplazamientos a Villas más lejanas (Villa 21 -año 1931-, Villa 8 -1935-, Villa 19 -año 1961-, Villa 20 – años 1945, 1956, 1959, 1966-), en las cuales las actividades laborales exigían una mayor autonomía y estabilidad de los enfermos, y en las que Adela se desempeñó en la verdulería, como mucama en el laboratorio de Rayos X y otros talleres específicos¹¹⁷ (HC-Adela).

En cuanto a los criterios de selección de pacientes “aptos” que pudieran beneficiarse terapéuticamente de la aplicación de la praxiterapia, el Dr. Hernández Ramírez (1934 b) había manifestado la necesidad de realizar una valoración psiquiátrica previa a la asignación de tareas laborales. Según sus afirmaciones no todos los enfermos mentales reportaban una mejoría tras su aplicación, ya que “*en los deprimidos, abúlicos o faltos de iniciativa el trabajo tenía una acción excitante, mientras que en estados ligados a la manía podría intensificar la agitación, frente a lo cual era preferible la clinoterapia*” (p.293-294). Las intervenciones realizadas en el caso de Adela, corroboraron esas consideraciones poniendo de relieve traslados y movimientos de la paciente por los distintos sectores institucionales (Villas, Hospital, Servicio Odontológico, etc.) de acuerdo a su estado de salud general y mental. La implementación de recursos terapéuticos diferentes a la laborterapia, como la administración de bromuro,

¹¹⁶ El remarcado es propio.

¹¹⁷ Si bien se agregan datos que no están comprendidos en el periodo estudiado, su presentación se añade para ejemplificar las dinámicas longitudinales de desplazamientos institucionales y variedad de actividades desempeñadas por los alienados.

hidroterapia o clinoterapia se utilizaron en situaciones puntuales de estados de agitación mental de Adela. En cambio, la laborterapia se aplicaba en periodos de mayor estabilidad y solo se interrumpía en momento en que el cuadro patológico de Adela se descompensaba y requería ser trasladada a la sección del Hospital (HC-Adela). En el año 1943, se realizó un resumen en su HC¹¹⁸ en el que se observó la vinculación entre las intervenciones psiquiátricas que se habían implementado y su estado psicopatológico: “[se ha indicado] *la administración de dosis de bromuro hasta la sedación o hidroterapia en periodos de agitación [y su desempeño] en actividades laborales en estados de mayor estabilidad*” (13 de Febrero de 1943, HC-Adela).

Estos datos evidencian correspondencias entre las conceptualizaciones de los alienistas de Oliva sobre la praxiterapia y los criterios prácticos aplicados en lo relativo al estado mental de la persona y la complejidad creciente de actividades laborales. No obstante, otros elementos reflejaron desplazamientos en el plano de las praxis terapéuticas desarrolladas. Así, por ejemplo, la consideración de las preferencias y actitudes del alienado respecto a las tareas laborales (que era propio del sistema de profesionalización de la praxiterapia o la terapia activa propuesto por Simon), no formaron parte de las referencias médicas en las HC del periodo. Además, las anamnesis iniciales de los documentos carecían de apartados relativos a la indagación de las aptitudes e intereses profesionales de los enfermos o la consideración de su experiencia laboral previa.

Estas distancias entre “lo dicho” y lo “hecho” en la práctica institucional abren el interrogante sobre los motivos por los cuales estos aspectos no eran registrados en los historiales, y hasta qué punto la diversidad de ocupaciones y los desplazamientos institucionales que habilitaban, eran regidos por criterios terapéuticos y avalados teóricamente. De hecho, también pudieron motivarse en razones ajenas al bienestar del paciente, como, por ejemplo, la necesidad institucional de disponer de mayor personal para supervisar a pacientes. En otras palabras, también formó parte de la realidad institucional, que se desempeñaran pacientes en actividades laborales complejas que eran funcionales a la organización institucional. Tal es el caso de la asignación de roles ocupacionales a internos como serenos de las villas del asilo, guardias nocturnos (ocupaciones que Adela desempeñó en el año 1933 y 1937) y mucamos (registrada en la HC de la pacientes para en año, 1930, 1943 y 1961) según las necesidades del establecimiento.

¹¹⁸ El escrito mencionado se encuentra al comienzo del tercer ejemplar realizado de su HC. Resume los registros de su evolución anterior y se realiza con motivo del extravío del documento (HC-Adela)

En los debates que los alienistas de Oliva sostuvieron con colegas latinoamericanos sobre la aplicación de la praxiterapia, pueden localizarse sus justificativos para explicar las diferencias entre lo que proponían conceptualmente y lo que resolvían a nivel de las prácticas concretas. Entre otras razones, el discurso especializado destacaba la *“falta de personal suficiente, (...) ausencia de gabinetes psicotécnicos, escaso números de médicos, etc. etc.”* (Ferrer, 1934, p.77).

Es importante destacar que estas menciones sobre la insuficiencia de profesionales e imposibilidad de organizarse en áreas de servicio específicas para realizar el seguimiento del tratamiento por la praxiterapia, se correspondieron con la escasa frecuencia de las anotaciones realizadas en las HC en la sección de “marcha y tratamiento”, durante el periodo estudiado. En efecto, durante los últimos años de la década de 1920 y hasta finales de los años 30, los escritos fueron escuetos y dirigidos a dejar asentado en el documento situaciones de urgencia. En la mayoría de los historiales, el tiempo transcurrido entre un escrito médico y otro excedió el año y los trazos caligráficos eran homogéneos, coincidiendo con la organización institucional y la escasez de profesionales del momento. A partir de la década de 1940, se produjo un cambio, y de manera paulatina aumentó la cantidad de registros anuales en las HC como también la variedad del personal que los realizaba.

Los cambios en la frecuencia de las anotaciones en las HC de los pacientes y la diversidad del personal que las realizaba señalan otro punto importante de análisis, que remite a las dinámicas observadas en las publicaciones científicas de los psiquiatras de Oliva durante la segunda mitad de la década del 30, referida a los cambios organizativos realizados en el establecimiento. El discurso especializado publicado en el Boletín, evidenció dos momentos en la construcción del modelo conceptual de la laborterapia. En primer lugar, se reescribieron sus fundamentos teóricos con criterios científicos incorporando los aportes de H. Simon y se renombró a la técnica como “praxiterapia”. Promediando la década de 1930, la agenda de publicaciones evidenció un segundo momento en el que los psiquiatras de Oliva aplicaron a la realidad concreta del establecimiento el aparato teórico construido. Esta puesta en práctica del modelo, en el contexto específico del Asilo de Oliva, caracterizado por la insuficiencia de recursos y la sobrepoblación de pacientes, no estuvo exenta de dificultades. Fue necesario realizar nuevos ajustes, conforme a lo cual, se elaboraron nuevas propuestas que modificaron las prácticas específicas y la organización del personal de la institución.

Las producciones de Vidal Abal posteriores al año 1935 fueron representativas de este proceso de torsión del andamiaje conceptual de la praxiterapia. En el marco de las Conferencias de Médicos de Asilo, presentaba y discutía junto al equipo de psiquiatras, distintos proyectos institucionales que denominó “resortes intra y extra manicomiales” (Vidal Abal, 1935 a, 1936 b, 1937 a, 1937 b, 1937 c). Según sus consideraciones, “*la modalidad de la praxiterapia, debe a nuestro entender, comprender el empleo de varios resortes, intramanicomiales unos y otros extramanicomiales*” (1937 b, p.126), que apuntalaran las debilidades del modelo construido. Además, estas alternativas le habrían permitido acercarse, en la medida de las posibilidades, a las propuestas de modernización del rol del psiquiatra con foco en lo social y la profilaxis mental, propuesto por la LAHM.

Los proyectos que formaban parte de los resortes intramanicomiales incluyeron transformaciones del ámbito institucional y a las personas que trabajaban allí (Vidal Abal, 1937 b). Formaron parte de este tipo de acciones la creación de la Escuela de Enfermeros del Asilo de Oliva (en el año 1936) y la reorganización del cuerpo médico (en el año 1937). La mayor cantidad de anotaciones en la sección de marcha y tratamiento de los pacientes registrada a partir de la década de 1940 en las HC, se identificaron con la implementación de ambos proyectos en Oliva. Por un lado, se corresponden con el acceso concedido al personal auxiliar para realizar registros de evoluciones clínicas de cada caso en las HC de enfermos. La posibilidad había sido planteada y autorizada por el director del Asilo Colonia dentro del proyecto de la Escuela de Enfermos de Oliva (Vidal Abal, 1937 a): “*El personal auxiliar (...) [serán] los encargados de tomar debida nota de la salud de los alienados crónicos*” (p.181). Es importante recordar que la propuesta de formación de personal auxiliar con sistema de pasantías no rentadas, ofrecía una solución a la escasez de personal institucional.

Por otro lado, la mayor abundancia de anotaciones en los historiales también se vinculó al segundo resorte intramanicomial mencionado, que involucró la reorganización del cuerpo médico en diferentes áreas de servicios dentro del espacio del Asilo. Esta transformación implicaba mayor presencia de los alienistas en ese sector institucional, que hasta ese momento había estado a cargo del director (Vidal Abal, 1937 a). Tal y como fue expresado por Vidal Abal (1937 a) de este modo se lograba intervenir sobre “*la salud de los alienados crónicos preferentemente en cama de esa sección, que no estaban siendo objeto de atención médica*” (p.174).

A diferencia de los resortes intramanicomiales, las propuestas que se correspondían a los resortes extramanicomiales, requerían de la participación y

vinculación con actores y espacios ajenos al ambiente asilar. Estas iniciativas, desde la perspectiva de los alienistas de Oliva, consistían en favorecer y propiciar las intervenciones terapéuticas institucionales que facilitaban la externación y vinculación de los asistidos con el ambiente social exterior. Formaban parte de estas terapéuticas las altas prematuras, las visitas a los pacientes¹¹⁹ y la asistencia familiar¹²⁰. El objetivo residía en articular las prácticas desarrolladas por los psiquiatras con la responsabilidad de las familias de los pacientes, los organismos dependientes de la LAHM y el apoyo del Estado central (Vidal Abal, 1937 a).

Los datos contenidos en la HC de Adela, y también de otros pacientes, mostraron una correspondencia con la aplicación de este tipo de medidas. La terapia familiar, entendida como el trabajo del alienado en casa de las familias de médicos del establecimiento, demostró haber sido una actividad frecuente a partir del año 1938, de la que Adela formó parte en repetidas oportunidades (años: 1930, 1936, 1939, 1944, 1945 y 1959) (HC-Adela).

El discurso especializado de los alienistas de Oliva promovía la aplicación de las visitas familiares y la externación temprana de los pacientes, ya que afirmaban que la desvinculación sostenida con el ambiente extra asilar no era saludable: *“la permanencia prolongada en los manicomios no hace más que estacionar el estado mórbido y favorecer la cronicidad”* (Ferrer, 1936, p.43). Esto era contraproducente para los enfermos ya que se acostumbraban y sobreadaptaban al encierro y la *“vida simplista”* de las instituciones psiquiátricas (Hernández Ramírez, 1934 b). Desde esta perspectiva fue leída la desvinculación de Adela con el mundo exterior. Su contexto familiar estaba conformado por sus padres fallecidos en la institución. El paradero de sus hermanos era desconocido, y, no existía otro contacto de referencia más que Roque (amigo del padre). El desgranamiento del grupo de pertenencia de la paciente incidió, según los psiquiatras del establecimiento, en el desenlace de su caso. Las marcas del deterioro físico y psicológico de Adela comenzaron a parecer irreversibles a partir de la década de 1940. Desde ese momento se registraban, las huellas de su *“desocialización”* e institucionalización/cronificación (1943), en un proceso que fue desde *“No desea volver*

¹¹⁹ Respecto a las visitas a enfermos se carece de registros abundantes ya que no eran apuntadas en las HC sino en los libros de personal, actas y partes diarios, los cuales son prácticamente inexistentes o inaccesibles por su estado actual, para el periodo estudiado dentro del Archivo del Hospital Emilio Vidal Abal.

¹²⁰ .Se recuerda que la asistencia familiar, fue suspendida en el año 1932 por Res. Min. 1932/115, art. 26, y aprobada y propuesta nuevamente por sus beneficios en el año 1938 (Ferrer, 1938 a, p.39)

a su hogar” (1949), *“no desea irse de alta”* (1965), *“no recibe ninguna comunicación de la familia [y] se presume que ya no tiene a nadie que se interese por ella”* (1965), adaptada al ambiente (1967), náuseas y vómitos (1969), finalmente seguida de su muerte por un infarto en el año 1969 (HC-Adela).

El abordaje de otras HC de pacientes internados en Oliva cuya composición familiar era distinta a la de Adela, permitió analizar en qué medida las prácticas terapéuticas de las altas prematuras y visitas familiares fueron efectivamente desarrolladas por los psiquiatras locales. Como se verá en los casos de Julia, Ángela y Luisa, las anotaciones médicas realizadas en los documentos permiten aseverar que se facilitaba el alta de los pacientes en casos en que había familiares a cargo. De hecho, también en el caso de Adela y Rosa se había utilizado este recurso terapéutico en las primeras internaciones de las pacientes en el establecimiento, cuando aún conservaban a Antonio como referente o tutor encargado. Rosa, fue dada de alta a los pocos meses de su primer ingreso a Oliva en el año 1914, siendo conducida por la policía nuevamente al Asilo, a finales del año siguiente debido a un estado de agitación en el que acusaba a su marido de maltratarla (HC-Rosa). En el caso de Adela, como se analizó convenientemente, también salió de *“alta mejorada”* tras su primer ingreso a la institución, pero a los pocos meses reingresó a pedido de Roque, quien representaba la solicitud de Antonio de internarla nuevamente. Este tipo información suministrada por las fuentes documentales, que vincula las decisiones médicas de externación de pacientes y las dinámicas familiares, es útil para interrogarse nuevamente sobre el alcance de estas instituciones como instrumentos del estado al servicio de la reclusión social y las *“urgencias”* de los especialistas por facilitar la externación para disminuir el índice cronicidad institucional (Sacristán, 2009, 2017).

Las publicaciones científicas de Vidal Abal, refirieron en algunas ocasiones que las altas prematuras como herramienta terapéutica, dependían en gran medida de la aceptación del regreso del paciente a su hogar y la convivencia con él por parte de sus parientes (1934 c, 1935 a, 1937 b). Claro que, si en los ingresos al establecimiento mediaban motivos de idiosincrasia familiar, la externación de las personas también era atravesada por iguales asuntos (Sacristán, 2009). Una práctica frecuente de parte de las familias era la solicitud del reingreso del enfermo, días antes de que completara el periodo del *“alta a prueba”*. Tal fue por ejemplo la situación de Ángela, paciente que ingresó al establecimiento en el año 1930. En la ficha de anamnesis de su HC, se inscribe el registro médico que testimonia su retorno a la institución luego de haber sido dada de *“alta a*

prueba”: “reinternada a los 13 días habiendo sido retirada a título de prueba por 15 días” (Figura 15). Luego de registros médicos que indican que era una dinámica familiar usual “devolver” a la paciente en fechas anteriores a las establecidas, aduciendo la gravedad del empeoramiento del cuadro, se adjuntaba en su HC, un resumen de evolución del doctor Vidal Abal, que reflejó todos los intentos de alta que se realizaron durante sus cinco años de internación:

“Después de un periodo de tiempo en que los días transcurrían en la forma descripta, venían a veces, periodos de irritabilidad que obligaban (...) a internarla de nuevo en el hospicio mencionado. Con esta forma, es decir, con periodos de acrecentamiento y de apaciguamiento transitorio ha pasado cuatro o cinco años; ha sido internada cuatro o cinco ocasiones siempre que se reagrababa decaimiento del mal” (HC- Ángela)

Figura 15. Reingresos de pacientes luego del otorgamiento del “alta a prueba”

Quién acompaña al enfermo? Córdoba

Quién queda autorizado como apoderado?

Nombre y apellido del enfermo

Nacionalidad y lugar de nacimiento Euzkera

Edad y fecha de nacimiento 29 años

Estado Civil Casada

Profesión u ocupación L. D.

Instrucción y religión Lee y escribe - Católica

Nombre y apellido del padre y la madre

Nombre y apellido del esposo o esposa

Lugar de procedencia Córdoba

Lugar de residencia

Tiempo de residencia en el país 27 años

Estatura y peso 1,67 - 59 kg.

* Nombre, parentesco, domicilio, etc., en los tres casos.

Reinternada a los 13 días habiendo sido retirada a título de prueba por 15 días

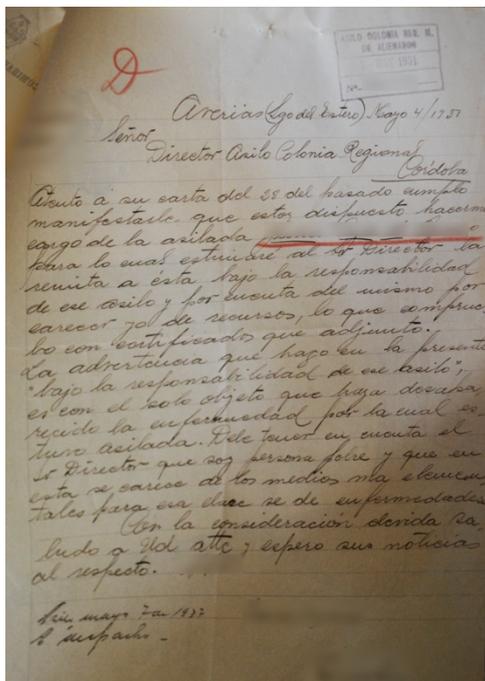
Eugenio

Fotografía de la HC de Ángela donde se referencia su reingreso a la institución antes de lo previsto por el periodo de “alta a prueba” indicado por los alienistas a la paciente.

Fuente: HC del Archivo Hospital Emilio Vidal Abal.

Otras situaciones evidenciaron de manera más explícita tramas vinculares familiares marcadas por lógicas de olvido o abandono¹²¹. Era frecuente que los psiquiatras insistieran en sostener la comunicación con los familiares de las personas internadas, a fin de dispensar el alta terapéutica, recibiendo como respuesta en ocasiones el rechazo y resquemor. El caso de Luisa, es representativo de esta situación. La paciente ingresó en el mes de enero de 1937, teniendo 26 años de edad, con un cuadro de confusión mental. Luego de desempeñarse como costurera en el taller de praxiterapia del establecimiento, recuperó su estabilidad y se propuso su alta terapéutica: “*lleva ya cuatro meses en muy buen estado mental. Se la propone de alta mejorada*” (HC-Luisa). Sin embargo, su padre, al recibir la noticia, respondió con cierto descontento al director del Asilo Colonia de Oliva. A través de una carta en la que expresaba su resistencia, establecía condiciones para recibir a su hija, entre las cuales se destacaba que los cargos económicos de su traslado debían ser abonados por el establecimiento y solicitaba la seguridad de que el estado de “cura” de la enfermedad mental era real (Figura 16):

Figura 16. Respuesta familiar ante el otorgamiento de alta terapéutica



Fotografía de la HC de Luisa donde se adjunta la carta de su padre en la que él establece las condiciones para recibir a su hija: que el establecimiento abonara los cargos económicos de su traslado y la seguridad de que el estado de “cura” de la enfermedad mental era real.

Fuente: HC del Archivo Hospital Emilio Vidal Abal

¹²¹ Lógicas vinculares similares pudieron encontrarse en otros casos (HC 2, 20 de junio de 1933; HC 3, 4 de mayo 1937; HC 4, 19 de diciembre de 1939)

atento a su carta (...) cumpro en manifestarle que estoy dispuesto a hacerme cargo de *la asilada*¹²² para lo cual estimaré al Sr. director la remita bajo la responsabilidad de ese asilo *y por cuenta* del mismo por carecer yo de recursos... la advertencia que hago en la presente “bajo la responsabilidad de ese asilo” es con el solo objeto que haya *desaparecido* la enfermedad por la cual estuvo asilada (...)” (HC-Luisa).

La externación de los pacientes no era ajena a los obstáculos familiares que los médicos del establecimiento debieron afrontar. En la cita precedente puede leerse la expectativa de “cura” asignada a las internaciones. Además, pone en evidencia el estado de desafectivización de Juan, que, en lugar de referir su rol paterno, prefiere nombrar a su hija como “asilada”. También solicitó a la institución que se responsabilizara del costo que implicaba su traslado desde el establecimiento hasta la provincia de Santiago del Estero, lugar de residencia de la paciente¹²³.

En otros casos, la mayor frecuencia con que los alienistas recurrían al pilar extramanicomial referido a la reinserción socio-familiar del enfermo, se presentó mediante la disposición a establecer una comunicación con la familia por medio de correspondencia¹²⁴, la cual de manera frecuente no obtenía la réplica correspondiente. Un caso ilustrativo entre otros, es el de Luis que ingresó al establecimiento en noviembre del año 1915. Desde ese momento, la institución realizó a su familia reiterados pedidos del envío del certificado de pobreza que justificara la atención gratuita de enfermo o el dinero correspondiente a su deuda. El último reclamo data de noviembre del año 1933 cuando se advierte nuevamente la ausencia de respuesta por parte de la familia. No obstante, la HC del paciente continúa registrando intervenciones profesionales hasta el año 1935, momento de su fallecimiento (Figura 17, HC- Luis).

¹²² El resaltado en cursiva, es propio y no corresponde al original de las fuentes documentales.

¹²³ Cabe destacar que la mayoría de los casos presentados corresponden a mujeres. Una conjetura posible a realizar es que, en el caso de los hombres, eran mucho más frecuentes los ingresos que se realizaban por traslado policiales, lo que coincide con la mayor tendencia al desconocimiento de los antecedentes y estructura familiar, carencia de algún contacto o responsable del enfermo.

¹²⁴ Casos similares pueden encontrarse en HC-5, año, 1936; HC-6, año 1938.

Figura 17. Solicitudes y envíos de correspondencia a los familiares de pacientes

Asilo 6 de Setiembre de 1933

Sr. [REDACTED]

ARROYITO - Córdoba

Dispuesto por Decreto del Superior Gobierno, que la asistencia prestada á los asilados, solo será gratuita para los que comprueben su condición de pobreza, sírvase justificarlo si lo comprende, por certificado expedido por la Policía ó el Juez de Paz, caso contrario deberá abonar por el asilado: [REDACTED], la suma de \$ 1.50 m/n por día.

A la espera de su contestación al respecto, salúdale.

Médico Director

114
Asilo 18 de Noviembre de 1933

Sr. Pedro Martínez

ARROYITO - Córdoba

Sin contestación á las comunicaciones que le fueron dirigidas y siendo necesario yá, regularizar la situación de asistencia del asilado ~~XXXXXX~~, veóme presionado á insistir sobre los términos de las mismas y en tal sentido encarezco una pronta respuesta, encareciéndole quiera expresar categóricamente si girará el importe que conforme la TASA DE ASISTENCIA establecida, ha devengado el asilado de referencia.

Caso contrario es absolutamente indispensable remita Ud., un certificado expedido por la Policía ó el Juez de Paz, en el que haga constar la situación de pobreza del asilado y de sus familiares.

A la espera de su contestación al respecto, salúdale.

Médico Director

Fotografías de los últimos dos reclamos realizados a la familia del paciente en el año 1933, solicitando envío de certificado de pobreza, y la advertencia de la ausencia de respuesta.

Fuente: HC del Archivo Hospital Emilio Vidal Abal

Los distintos casos presentados muestran que el otorgamiento de altas y la búsqueda de vinculación con las familias de los pacientes fueron intervenciones que los médicos realizaron en sus prácticas profesionales. Sin embargo, la evidencia trabajada también permite afirmar que estas medidas terapéuticas no solo dependieron de los criterios profesionales, sino también de la composición familiar de los pacientes y las actitudes hacia el enfermo, constituyendo la familia un elemento más que tenía injerencia en el fenómeno de la cronicidad.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación procuró dilucidar aspectos del complejo proceso que se ha identificado con la conformación del dispositivo psiquiátrico del Asilo Colonia de Oliva, primer *Open Door* creado en el interior de la Argentina, emplazado en la localidad de Oliva al sudeste de la Provincia de Córdoba. Las dinámicas abiertas a partir de la inauguración de este manicomio en el año 1914 han sido objeto de análisis en investigaciones anteriores desarrolladas por Agüeros y Eraso (1999) y Eraso (1999, 2002, 2010). Se han retomado estos antecedentes ya que constituyen una primera aproximación para reconocer cómo y por qué el “caso Oliva” da cuenta de aquel panorama propio de la segunda década del siglo XX, vinculado a la búsqueda de la autonomía y diferenciación del campo psiquiátrico en su relación con otros campos del saber (Allevi, 2018 a, 20018 b). Este proceso marcó un derrotero particularmente conflictivo que no puede simplificarse remitiendo a un panorama historiográfico local que considere al manicomio como un instrumento del Estado, cuyos objetivos privilegiados fueron el disciplinamiento y la exclusión de enfermos mentales, alejado de su función científica y terapéutica.

Como se ha procurado mostrar a lo largo de este estudio resulta fundamental retomar aquellas perspectivas que insisten en la importancia de trascender lecturas sobre las instituciones psiquiátricas pensadas como dispositivos de poder articulados al servicio de un todopoderoso Estado, con capacidad de regulación absoluta sobre los cuerpos y voluntades de los pacientes (Stagnaro, 2006; Ablard, 2008; Sacristán 2005; 2009; Huertas, 2012 y Ferrari, 2016). No obstante, ha sido tan perdurable la influencia de estos enfoques foucaultianos en el estudio de los manicomios que no es extraño que, hasta el

momento, el único trabajo específico sobre Oliva, se halla definido en esos términos¹²⁵. De acuerdo con ello, se han buscado recuperar ciertos vacíos, no obstante, también en estos mismos antecedentes se hallaron interesantes análisis a profundizar.

Ahora bien, aunque en la presente tesis el análisis del dispositivo psiquiátrico articulado en el Asilo de Oliva se focalizó en la etapa delimitada entre los años 30 y el Golpe de 1943, fue preciso identificar algunos rasgos y dinámicas disciplinares nacionales anteriores, ya que la apertura del establecimiento y su sucesiva puesta en marcha se enmarcaron dentro del proceso de conformación del aparato psiquiátrico argentino. En efecto, para abordarse las relaciones entre instituciones, saberes y las prácticas que fueron caracterizando el modo de funcionamiento del *Open Door* de Oliva, fue necesario contextualizar tal entramado, como un resultante al menos parcial de la historia del dispositivo psiquiátrico nacional desfasada en relación al modelo europeo dominante por aquellos años.

Como han señalado varios autores, los desarrollos científicos e institucionales de la medicina mental europea tuvieron un fuerte impacto en la conformación del campo disciplinar en los países latinoamericanos y particularmente en la Argentina hacia finales del siglo XIX (Sacristán, 2005; Stagnaro, 2006; Golcman, 2017). Para el caso nacional, el desarrollo de la especialidad mostró un desfase temporal en la aplicación de los marcos conceptuales europeos (Quérel y Postel, 2000). En las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, se introdujeron modelos teóricos y prácticos que habían evidenciado sus falencias y crisis en Europa, a mediados del siglo XIX. Los proyectos disciplinares de creación de instituciones psiquiátricas con modalidad *Open Door* en territorios del interior del país constituyen un ejemplo representativo de ese desfase temporal. Este modelo teórico y práctico propuesto por el alienismo argentino hacia 1900 había sido cuestionado y entrado en desuso en Europa a mediados del siglo anterior. De hecho, como sostiene Huertas (2012), el proceso de transformación de los primeros asilos psiquiátricos en establecimientos *Open Door* formó parte del *aggiornamento* que el movimiento alienista europeo había operado para superar las críticas y la imagen pública deteriorada de la especialidad. Al promediar el siglo XIX, en Europa, se criticaba la

¹²⁵ El trabajo al que se está haciendo referencia es al de Eraso (1999). Si bien a lo largo de la tesis también se han retomado otros antecedentes sobre el dispositivo articulado en el establecimiento (Eraso, 2002, 2010; Agüeros y Eraso, 1999) estos fueron productos derivados de la tesis de grado de la autora.

efectividad de los tratamientos basados en el aislamiento de los enfermos mentales en instituciones como los Asilos Colonias, y la disciplina se encontraba en un proceso de búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas (Iacaponi, 1999; Quérel y Postel, 2000).

Aún cuando cada región de América interpretó y resignificó de modo particular los referentes europeos de acuerdo a sus contextos socioculturales, políticos y económicos, es importante destacar que existieron ciertas líneas de continuidad y características comunes que fueron marcaron el desenlace de los proyectos institucionales de la especialidad (Sacristán, 2009; Golcman, 2017; Teixeira, 2019). Entre estos aspectos se destacaron: el hacinamiento y la falta de recursos que fueron estructurales a los hospitales psiquiátricos, la vinculación entre los profesionales de la psiquiatría y el Estado, y las tensiones disciplinares frente a la incorporación de marcos conceptuales más dinámicos o métodos terapéuticos como la laborterapia (Golcman, 2017). Estos elementos contribuyen a interrogarse sobre el alcance real de los manicomios como instrumentos al servicio del Estado. Más aún, si se tiene en cuenta que, en Argentina, hacia la década de 1930 el contexto nacional se caracterizó por una marcada crisis política y económica, y que la realidad institucional de los establecimientos psiquiátricos estatales fueron atravesadas por las constricciones y presiones de la época. El hacinamiento y las insuficiencias materiales institucionales hablaban más de un Estado en quiebra que de un sistema monolítico (Ablard, 2008).

El Asilo Colonia de Oliva constituye un caso representativo de los procesos que se vienen mencionando ya que su creación se enmarcó en un proyecto disciplinar más amplio, ideado por Domingo Cabred, cuyo objetivo fue instalar una red de instituciones psiquiátricas a lo largo del territorio nacional, basadas en los principios el “*non restrain*” y el tratamiento en libertad de personas con enfermedad mental en espacios rurales. Tal como refiere Ferrari (2016), hasta el momento de la fundación de Oliva, Buenos Aires había sido la primera sede en la configuración del dispositivo psiquiátrico argentino. Luego, como consecuencia de esta expansión de la asistencia manicomial hacia otros territorios, se originó el fenómeno de “dispersión de la locura” (Ferrari, 2012, p.180-182). Claro que, unas de las consecuencias más palpables de este fenómeno de dispersión fue el hacinamiento de personas con enfermedades mentales, continuamente alimentado por las derivaciones de pacientes desde los principales establecimientos psiquiátricos de Buenos Aires, en un contexto crítico por la falta de recursos financieros y humanos

especializados. Los trabajos de Agüeros y Eraso (1999) y Eraso (1999, 2002, 2010) abordaron este panorama de la apertura de Oliva, identificando las dinámicas del funcionamiento institucional hasta 1930. Partiendo de estos aportes, el presente estudio puntualizó los elementos y las fisuras que manifestó el dispositivo articulado en el establecimiento, ligadas a falta de recursos, y caracterizó sus cambios y permanencias a partir de la crisis abierta en los años 30.

La perspectiva de análisis llevada a cabo, que se imprime en el campo de la historia social de la psiquiatría, ha permitido complejizar las explicaciones existentes sobre el establecimiento, que se centraron en identificar los rasgos del dispositivo desarrollado en Oliva con una técnica de control y segregación alienante. Sin negar la presencia de tales objetivos y prácticas, se abordaron otras facetas imperantes durante estos años, para evidenciar cómo impactaron en Oliva los nuevos postulados disciplinares, anclados en el giro social que empezaba a transitar la especialidad, que desplazaban el interés hacia los enfermos mentales considerados recuperables. En consecuencia, esta dinámica de modernización de la psiquiatría motorizada por la LAHM (Talak, 2006 a, 2016 b), puso en tensión las prácticas desarrolladas por los alienistas del establecimiento ya que cuestionaba su área de incumbencias y desempeño: los pacientes considerados crónicos y el Asilo Colonia.

El análisis del discurso especializado de los alienistas locales, publicado en el Boletín científico de la institución, y la recuperación de los escritos médicos realizados en las HC han permitido analizar las particularidades que adoptó el dispositivo psiquiátrico entre 1930 y 1943, a nivel de la organización institucional, los modelos conceptuales sobre alienación mental y la laborterapia. Los años 30 abrieron una etapa que involucró múltiples novedades en el *Open Door* de Oliva, que reflejaron las réplicas realizadas por los especialistas que trabajaban allí frente a los cuestionamientos de su rol profesional y la amenaza de pérdida de su legitimidad. Estos cambios se observaron en sus procesos de discusión teórica, la transformación de sus marcos conceptuales y las dinámicas de divulgación científica que desarrollaron a través de la creación del Boletín del Asilo de Oliva (1933), los intercambios con especialistas internacionales mediante canjes de revistas y el surgimiento de la Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva (1935).

Otras novedades institucionales incluyeron modificaciones en las prácticas profesionales que venían desarrollando los psiquiatras del establecimiento hasta el momento, buscando ajustar el tipo de respuestas asistenciales brindadas a los enfermos considerados crónicos. Un conjunto de estos cambios involucraron el espacio intramanicomial y otros cristalizaron en acciones que procuraron vincular las prácticas terapéuticas realizadas con espacios y agentes externos al ámbito institucional. Dentro del primer conjunto de propuestas se destacó la creación de la Escuela de Enfermeros de Oliva (1936) y la reorganización del equipo médico en servicios especializados dentro del área correspondiente al Asilo (1937). Respecto a las modificaciones que buscaron articular la asistencia manicomial con espacios extra muros, se destacaron las iniciativas por integrar a la familia de los pacientes en el tratamiento y las medidas terapéuticas que promovían la externación de los enfermos (visitas a pacientes, altas prematuras, altas “a prueba”).

Los procesos repasados permitieron explicar cómo las réplicas de los alienistas locales debían involucrar el entrelazamiento de los tres dominios que definían la problemática disciplinar que enfrentaban. En primer lugar, era necesario que sus propuestas otorgaran un lugar destacado a la figura de la cronicidad, ya que la abultada presencia institucional de este tipo de pacientes erosionaba su autoridad como expertos de las artes del curar, pero, al mismo tiempo, justificaba la existencia de su rol y de la institución (que se encontraban en los márgenes de los lineamientos promovidos por la LAHM). En segundo lugar, debían dar cuenta de su legitimidad profesional, demostrando su capacidad de respuesta frente al paciente crónico. Finalmente, para intervenir de manera efectiva sobre el fenómeno de la cronicidad sus propuestas debían aproximarse a los desarrollos disciplinares en marcha, por lo que, fue necesario la revisión de sus conceptualizaciones y terapéuticas específicas. La imbricación entre estos tres dominios definía la naturaleza de las alternativas que elaboraran los alienistas, ya que debían propender a conservar el anudamiento borromeo que alojaba el sentido de su profesión.

En el marco del escenario disciplinar nacional de los años 30, los especialistas que trabajaron (y vivieron) en Oliva, fueron realizando ajustes en los diferentes elementos que constituían el dispositivo psiquiátrico articulado en el establecimiento, en pos de resguardar la legitimidad del rol profesional, y asegurar su permanencia como profesionales del campo de la psiquiatría. En ese sentido el presente trabajo ha dejado ver

que las dinámicas de modernización de la psiquiatría y el proceso de profesionalización de la especialidad, fueron leídas por los médicos locales como presiones disciplinares. Frente a este panorama, si bien sus propuestas se aproximaron a los lineamientos de la LAHM, también se hallaron adaptadas a la realidad en las que se desempeñaban: la institución *Open Door* de tradición alienista.

El paciente crónico ocupó un lugar protagónico en el discurso especializado de los psiquiatras de Oliva y las posibilidades de intervenir sobre el dominio de su incurabilidad constituyeron una estrategia de reposicionamiento profesional. Las reflexiones y debates sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de este tipo de pacientes pasaron a un primer plano en la agenda científica desarrollada por el equipo de psiquiatras. Según se evidenció, las temáticas trabajadas en las Conferencias de Médicos del Asilo exponían las dificultades enfrentadas al momento de realizar diagnósticos diferenciales en los pacientes, como consecuencia de la heterogeneidad de clasificaciones vigentes. Además, como lo demostró la publicación del Dr. Barrancos (1935 a), sobre “Padre e hijos alienados”, los marcos conceptuales sobre etiopatología de las enfermedades mentales trabajados por los psiquiatras del establecimiento durante los años 30, evidenciaron la porosidad a algunas concepciones que asumían la injerencia de factores socio-culturales en la génesis de los trastornos mentales, en línea al giro social que caracterizaba a las dinámicas disciplinares del momento.

Las transformaciones realizadas por el equipo profesional en sus marcos conceptuales sobre la naturaleza de las patologías buscaron alinearse con las propuestas disciplinares del momento, pero también, estuvieron orientadas a calibrar el aparato conceptual de la terapéutica más utilizada en el establecimiento, la laborterapia. Al menos hasta la década de 1930 se carecía de mayores especificaciones para la aplicación del tratamiento a los pacientes internados y se la asociaba al sostenimiento de la economía institucional (Eraso, 1999, 2002). En vistas al crítico panorama que enfrentaban los alienistas en los años 30, sus respuestas al problema de la cronicidad necesitaban materializarse en prácticas concretas, tal como sucedía con las propuestas profilácticas de la Liga de Higiene que cristalizaban en la apertura de servicios psiquiátricos abiertos, consultorios externos y prácticas ambulatorias (Klappenbach, 1999; Talak, 2006 a; Falcone, 2012). Así, la reescritura del andamiaje teórico de la laborterapia con fundamentos científicos actualizados que fundamentaran su aplicación, también formó

parte de la estrategia de reposicionamiento profesional de los alienistas de Oliva ya que alejaba su rol profesional de la idea de caridad y filantropía, aproximándolo a la tecnificación y especialización promovida por la LAHM.

Al promediar la década de 1930 la laborterapia fue renombrada como praxiterapia a partir del modelo teórico propuesto por el alienista alemán Hermann Simon que privilegiaba el ordenamiento de las actividades laborales asignadas a los pacientes, según diferentes elementos, entre los cuales se destacaban la valoración del estado mental y el diagnóstico del enfermo, sus intereses profesionales, nivel de autonomía y experiencias laborales previas. De este modo, los alienistas de Oliva especificaron los criterios requeridos para su aplicación que anteriormente solo habían estado supeditados a que el alienado gozara de “buena aptitud física” para el trabajo (Eraso, 1999). Claro que, la realidad de restricción material del establecimiento, restringió las posibilidades de ensayar con precisión las recomendaciones de Simon y para poder llevarlas a cabo, los alienistas de Oliva necesitaron realizarle varios ajustes. Dentro de estas modificaciones se incluyeron los proyectos que fueron nombrados por el director del establecimiento como “resortes intra y extramanicomiales” (Vidal Abal, 1937 b) que, apuntaban por un lado, a la sectorización y profesionalización de la actividad médica de los alienistas de Oliva (mediante la redistribución del personal y la creación de la Escuela de Enfermeros), y por otro, a la articulación de las prácticas asistenciales con ámbitos extramuros (mediante la estimulación de medidas que incrementaran la participación de las familias en el tratamiento y la externación de pacientes).

Desde la historia social de la psiquiatría se viene insistiendo en la importancia de entender los espacios manicomiales no solo como ámbitos de reclusión y olvido de las personas con enfermedades mentales sino también como espacios de observación de la locura y producción de saber (Sacristán, 2009; Huertas, 2012). Los desarrollos presentados hasta el momento han identificado elementos en el dispositivo articulado en Oliva que corroboran tales consideraciones. Son ejemplo de ello, la función desempeñada por la creación del Boletín científico institucional y la Conferencia de Médicos del Asilo, junto a las actividades de discusión y reconceptualización de modelos teóricos y prácticos que realizaron los alienistas del establecimiento.

Ahora bien, dada la aproximación metodológica propuesta en la presente tesis, identificada con la “historia de la psiquiatría construida desde abajo” (Huertas, 2012) fue

necesario ingresar en la trama íntima del funcionamiento institucional para indagar el alcance de las propuestas realizadas por los alienistas a nivel de sus prácticas institucionales concretas con los pacientes. Las HC de personas internados en Oliva constituyeron un elemento clave para el acceso a estas lecturas ya que arrojaron una visión longitudinal y procesual de las experiencias de internamiento y ofrecieron datos sobre el contexto institucional del periodo en estudio, las actividades profesionales de clasificación de pacientes y la aplicación de la laborterapia. Allí reside parte del valor hermenéutico de estos documentos que pertenecen al campo del discurso médico e iluminan las brechas entre “lo dicho” y “lo hecho”.

El diseño formal de las HC utilizado en Oliva expresó la adopción de diferentes marcos conceptuales sobre enfermedad mental. En el año 1927 se actualizó su formato incorporando los requerimientos y modelos trabajados por la LAHM, se agregaron secciones que consideraban la indagación de factores de tinte social, junto a la valoración longitudinal y funcional del cuadro patológico. Sin embargo, fueron reiterados los vacíos de escritos médicos en estas nuevas secciones del documento, lo que contrastaba con la abundancia de datos personales registrados por los alienistas sobre los antecedentes hereditarios y funcionamiento orgánico del paciente, propio del modelo organicista sostenido por el alienismo.

Las tareas profesionales de construcción de diagnósticos, vistas desde el caso Adela, también arrojaron datos sobre la predominancia de criterios anatomopatológicos entre los alienistas de Oliva (fichas craneométricas, análisis morfológico de su expresión facial, etc.). De hecho, las evaluaciones iniciales que se le realizaron a la paciente en sus entrevistas de ingreso a la institución dieron cuenta de una concepción organicista de su estado patológico y algunos “descuidos” sobre la indagación de las dinámicas familiares que podrían haber estado involucradas en su malestar. En este sentido las HC permitieron identificar brechas entre el discurso especializado de los psiquiatras locales en materia de etiología de la enfermedad y clasificación de pacientes, y los criterios que guiaban sus prácticas concretas. Estas últimas reflejaban la firme tendencia del modelo institucional por conservar el organicismo y privilegiar una etiología hereditaria, aun cuando la agenda disciplinar del cuerpo médico de la institución se mostraba permeable a nivel de las publicaciones a la incorporación de la historia de los sujetos y variables socio-ambientales.

En cuanto al registro de las prácticas terapéuticas utilizadas con los pacientes, algunos escritos médicos en las HC señalaron la reorganización de la práctica de la laborterapia según la actualización realizada de sus fundamentos teóricos a partir del sistema propuesto por Simon. En algunas HC, la terapéutica fue renombrada como praxiterapia a mediados de los años 30. Además, algunas referencias vistas desde el caso Adela, sugirieron que las actividades laborales desarrolladas por la paciente respondieron a una organización estructurada en base a su estado mental. Los desplazamientos institucionales que fue realizando por diferentes “Villas”, reflejaron el desempeño de distintas ocupaciones que pueden leerse desde la aplicación de la terapéutica según un sistema de complejidad creciente de las actividades.

Aunque las referencias mencionadas parecen corroborar cierto nivel de correspondencia entre las conceptualizaciones de los alienistas de Oliva sobre la praxiterapia y los criterios de su aplicación en las prácticas concretas, es necesario señalar algunos recaudos para realizar ese tipo de aseveraciones. En primer lugar, otros elementos reflejaron desplazamientos en el plano de la praxis profesional: no se hallaron registros médicos en las HC que remitieran a la evaluación de intereses laborales personales o experiencias previas de los pacientes (como lo sugería el modelo elaborado por los alienistas), ni la vinculación de la praxiterapia a espacios extramuros. En segundo lugar, los historiales clínicos se caracterizaron por la escasez o brevedad de los registros médicos en la sección correspondiente a “marcha y tratamiento” de los pacientes durante el periodo en estudio, aspecto que, como se explicará más adelante, coincidía con el panorama de desproporción entre la sobrepoblación de pacientes y el escaso profesional en la institución. De esta manera se abre el interrogante sobre hasta qué punto la diversidad de ocupaciones, y los desplazamientos institucionales que habilitaban, eran regidos estrictamente por criterios terapéuticos avalados teóricamente, en lugar de urgencias y necesidades de orden institucional como por ejemplo, la disposición de personal en determinados sectores laborales.

Los datos ofrecidos por las HC señalaron correspondencias entre “lo dicho” y “lo hecho” por los profesionales de Oliva sobre la instrumentación de los “resortes intramanicomiales y extramanicomiales” (Vidal Abal, 1937 b). Respecto a los primeros, la frecuencia y características de las anotaciones médicas realizadas en la sección de “marcha y tratamiento” mostraron coincidencias con el panorama institucional y los

cambios en la organización del equipo de psiquiatras. Desde mediados de los años 20 se incrementaba de manera continua la desproporción entre la cantidad de internados y el número de psiquiatras, y también en ese momento los escritos en las HC fueron disminuyendo de manera notoria, hasta llegar a estar ausentes en la mayoría de los documentos durante los primeros años de la década de 1930. Si bien algunas HC contenían referencias sobre el estado del paciente, estas se caracterizaban por enunciar exclusivamente y de manera breve situaciones coyunturales de urgencia sobre su salud física (intoxicaciones, picaduras de insectos, traumatismos óseos, etc.) y el tiempo transcurrido entre una observación y otra a veces excedía el año. Estos datos, junto al estado de deterioro de los documentos y las menciones a sus extravíos coinciden con el panorama crítico institucional relatado por el director de Oliva en las Memorias Administrativas anuales de la época. Hacia la segunda mitad de la década de 1930 vuelve a incrementarse la cantidad de registros, como también la variedad de trazos caligráficos de los mismos. Estas características de los escritos coinciden con la posibilidad de acceso que comenzaron a tener distintos profesionales a las HC, como consecuencia de la incorporación de personal auxiliar a las tareas de cuidados de los alienados por la implementación de la Escuela de Enfermeros de Oliva (1936). Asimismo, la mayor cantidad de anotaciones, como también la variedad de firmas personales que los acompañaban, se correspondieron con la reorganización del cuerpo médico realizada en el año 1937 según la cual sus funciones ya no se desarrollarían exclusivamente en la sección del Hospital sino también en el Asilo, área que, hasta el año 1936, estaba a cargo solo del director del establecimiento. (Vidal Abal, 1937 a).

Algunos resultados presentados hasta el momento sobre las prácticas terapéuticas efectivamente desarrolladas con los pacientes parecerían apoyar las afirmaciones de investigaciones precedentes sobre las lógicas de olvido y reclusión de los alienados en el espacio manicomial (Eraso, 1999, 2002). En esa dirección la escasez de registros de profesionales encontrada en la sección de “marcha y tratamiento” de las HC de los pacientes de Oliva y la tendencia de los escritos a referir casi de manera exclusiva situaciones coyunturales de malestar orgánico o urgencias médicas, pueden ser interpretadas como la preeminencia de la asistencia social del alienado crónico. Sin embargo, dichas prácticas, constituyeron sólo una faceta de las múltiples experiencias que encerró el Asilo Colonia de Oliva. De hecho, los escasos recursos financieros y humanos

con lo que contaba el *Open Door*, no habrían posibilitado que el ambiente del Asilo se convirtiera en un lugar de vigilancia y disciplina constante. Lo dicho no impide suponer que la aplicación de la laborterapia fue un engranaje de financiamiento institucional. Sin embargo, el análisis de las HC, también expuso que la aplicación de esa terapia respondió a cierto orden con criterio científico. La población de alienados crónicos no permaneció en una zona absoluta de olvido e invisibilidad. La laborterapia habilitó un genuino espacio de reflexión y discusión académica, la cual visibilizó cuestionamientos sobre el rol y las posibilidades de los alienistas sino de “curar”, al menos de “tratar” y “recuperar” al paciente de su estado de enfermedad mental, intentando articular a la familia como parte del tratamiento.

Sobre este último punto, referido al rol desempeñado por los vínculos cercanos a los pacientes, la presente investigación aporta nuevas aristas para estudio de las “internaciones de por vida”. De hecho, la implementación de este pilar extramanicomial también se reflejó en las HC de los pacientes, a través de la búsqueda de respuestas familiares a las propuestas institucionales, los intentos de externación y el otorgamiento del “alta a prueba” en aquellos casos en los que se disponía de información relativa al paradero de conocidos o allegados de los pacientes. Sin embargo, algunas experiencias mostraron las resistencias y rechazos del entorno familiar del paciente hacia estas indicaciones terapéuticas.

Como sugirieron las fuentes, las trayectorias institucionales de las personas internadas en Oliva y los desenlaces de cada caso, no dependieron exclusivamente de los criterios disciplinares y las decisiones profesionales, sino también, de otros factores como los sociales, económicos y familiares (Vanadia y Rodríguez, 2019). Los datos obtenidos de las HC, dieron cuenta de las limitaciones con las que se encontraban los médicos al momento de externar a pacientes ya sea por ausencia de hogar o el rechazo de sus familiares. Como sostienen algunos autores, esta realidad expresaba más la falta de una política de Estado para integrar a las personas recuperadas en la convivencia familiar, o en la cotidianidad exterior al espacio psiquiatrizado, que un sistema asilar donde primaba aislar a las personas consideradas anormales, desviadas o inútiles (Sacristán, 2012; Teyssedou, 2019).

La reconstrucción del panorama institucional que caracterizaba al Asilo de Oliva realizada desde las memorias administrativas redactadas por los médicos durante la

década de 1930, ejemplificó las situaciones cotidianas con las que debían lidiar tanto pacientes como profesionales: reclamos permanentes por la falta de presupuesto, escaso número de profesionales que en promedio se correspondían a un médico por cada 452 pacientes (Vidal Abal, 1936) y la organización de turnos rotativos para el descanso nocturno de pacientes por falta de disponibilidad de camas (Cabeza, 1942). Asimismo, las publicaciones científicas del Boletín, evidenciaban fracturas disciplinares y tensiones entre los psiquiatras alineados con el movimiento de LAHM y los alienistas de Oliva, los que denunciaban la imposibilidad de aplicar las nuevas propuestas disciplinares a la realidad institucional. Todos estos factores, sumados a otros tales como las reestructuraciones operadas por el cuerpo médico del establecimiento para afrontar la situación (en 1926 y 1937), las clausuras del *Open Door* (en los años 1935 y 1939), y los cambios de reglamentos internos (en 1932), hablan de un cuerpo profesional constreñido, más que portadores de un poder monolítico y omnipresente.

Los resultados de la investigación revelan que los establecimientos psiquiátricos fustigados en la década de 1930 por la crisis política y económica nacional experimentaron disímiles desenlaces en virtud de los horizontes de respuestas accesibles en cada región (Ablard, 2008). El análisis histórico está llamado a evidenciar las múltiples experiencias que definieron el espacio institucional psiquiátrico. Sin desconocer la existencia de trayectorias subjetivas de reclusión social, los manicomios también constituyeron zonas de refugio social, ámbitos terapéuticos y escenarios de observación de “la locura” que facilitaba la producción del saber (Sacristán, 2009).

Además, este tipo de abordajes abre significativos interrogantes sobre los alcances reales de las propuestas de la psiquiatría, cuyo campo disciplinar no fue ajeno a fracturas, tensiones y negociaciones internas que impactaban en la manera de administrar la locura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ablard J. *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists, and the Argentine State, 1880–1983*. Calgary: University of Calgary Press; 2008.

Accorsi GE. Ernani Lopes. Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados [Internet]. Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde; 2018. Disponible en: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/>

Agamben G. *¿Qué es un dispositivo?*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora; 2016.

Agüeros N, Eraso Y. Saber psiquiátrico e institución manicomial. Hacia una comprensión de las estrategias de "moralización" en el Asilo Colonia de Oliva (Córdoba, 1914-1934). Cuadernos de historia. Serie Economía y Sociedad. 1999; (2): 7-26.

Allevi JI. Disputas por el sentido de una práctica: la creación del Instituto de Psiquiatría de Rosario y sus primeros años (Argentina, 1928-1936). Praxis y Culturas Psi-UDP CIS. 2019; (1):1-27.

Allevi, JI. Estrategias de legitimación para un espacio disputado. La inserción del Instituto de Psiquiatría de Rosario en las redes y agenda científica disciplinares (Argentina, 1929-1944). Asclepio. Revista Historia de la Medicina y de la Ciencia. 2018 a; 70(2):236-257.

Allevi JI. La construcción de un espacio de ciencia y clínica psiquiátrica: Instituciones, expertos y redes en Rosario, Argentina (1920-1944) [Tesis doctoral]. [La Plata]: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2018 b.

Allevi, JI. Sociabilidades, redes y expertos: la emergencia de un espacio de ciencia y clínica psi en la ciudad de Rosario (1920-1943) [Tesis de maestría]. [La Plata]: Universidad Nacional de La Plata; 2017.

Allevi, JI. La profilaxis de la locura en la agenda política: saberes y técnicos de la Higiene Mental en la metamorfosis del Estado santafesino de entreguerras. Estudios Sociales del Estado. 2016; 2(3):65-98.

Allevi JI. De saberes y de prácticas. Un esbozo de las redes intelectuales y sociabilares en una Psiquiatría regional. Rosario, 1929-1943. III Jornadas de Jóvenes Investigadores en Formación. Buenos Aires; IDES; 2013. 2-13p.

Almeida M. Circuito abierto: ideas e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. 2006;13 (3):733-757.

Álvarez JM, Colina F. Sustancia y fronteras de la enfermedad mental [Internet]; 2015. Disponible en <http://jmalvarez.org/textos-y-entrevistas/>.

Ameghino A. La acción del Estado en el mejoramiento de la raza. *Revista de Psiquiatría y Criminología*. 1935; 34:135-152.

Andréu Abela J. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Granada. Granada: Fundación Centro de Estudios Andaluces. Departamento Sociología, Universidad de Granada; 2001.

Ansaldi W. La ética de la democracia. Los derechos humanos como límite frente a la arbitrariedad. Buenos Aires: CLACSO; 1986.

Armus D. ¿Qué historia de la salud y la enfermedad?. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):5-10.

Armus D, Belmartino S. Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En: Cataruzza A. (Ed.). *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*, Buenos Aires: Sudamericana; 2001. p.283-329.

Bacolla N, Parera C. Agencias estatales, espacios académicos y expertos. Obras y políticas públicas de salud en la década de 1930 en la provincia de Santa Fe. *Coordenadas, Revista de Historia Local y Regional*. 2020;7(2):190-212.

Barrancos D. Contrapuntos entre sexualidad y reproducción. En: Torrado S. (comp.). *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*. Buenos Aires: Edhasa; 2007.

Belmartino S. Coyuntura crítica y Cambio Institucional en Salud: Argentina en los años 40". *Salud Colectiva*. 2007;3(2):177-202.

Belmartino S. La atención médica Argentina en el siglo XX: instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.

Belmartino S, Bloch C. Evolución histórica del sector salud en argentina. *Cuadernos Médico Sociales*. 1995;(70):5-19.

Bercherie P. Los fundamentos de la clínica. Buenos Aires: Manantial;1993.

Berrios G. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: Fondo de cultura económica; 2013.

Bohoslavsky E. El Estado argentino y sus políticas públicas (1880-1943): algunas discusiones historiográficas. *Sociedad y economía*. 2014;(26):17-40.

Bourdieu P. Las condiciones sociales de la circulación de las ideas. En: Gutiérrez A. (Trad.). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba. Universidad de Buenos Aires; 2000 [1990]. p.159-170.

Cabred D. Discurso pronunciado en la colocación de la piedra fundacional de Oliva el 8 de Diciembre de 1908. En: *Archives de Neurologie*. Vol. I, 4 série. Paris: Bloud Editeurs; 1908.

Candelaresi AM. Inmigración y locura: Otra mirada al proyecto del '80 en la Argentina. *Claroscuro*. 2003;3(3):269-287.

Caponi S, Martínez-Hernández Á. Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiae Studia*. 2013;11(3):467-489.

Carbonetti A, Aizenberg L, Rodríguez ML. La Historia Social de la Salud y la enfermedad: conformación, logros y desafíos. *Revista Estudios*. 2013;(30):145-157.

Castel R. *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid:La Piqueta; 1980.

Castel F, Castel R, Lovell A, De Lara NP. *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona: Editorial Anagrama; 1979.

Castrillón-Valderrutén MD. Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia. *Sociedad y Economía*. 2020;(40):143-162.

Cibotti E. Del habitante al ciudadano: la condición del migrante. En: Lobato MZ. (Ed.). *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Colección Nueva Historia Argentina. Tomo 5. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 2000.

Cohen JJ. A Cultura dos Monstros: Sete Teses. En: Silva TT (Ed.). *Pedagogia dos Monstros*. Belo Horizonte: Autêntica; 2000. p.23-60.

Conseglieri A. La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel. *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría*. 2008;8(1):131-160.

Conti NA. El Positivismo en Argentina y su proyección en Latinoamérica. *Vertex*. 2011;22(98):271.

Correa MJ. “¿Quiénes son los profesionales?”: justicia, profesionalización y ejercicio médico en el Chile urbano de la segunda mitad del siglo XIX. *Dynamis*. 2017;37(2):273-293.

Dagfal A. El pasaje de la higiene mental a la salud mental en la Argentina, 1920-1960. El caso de Enrique Pichon-Rivière. *Revista Trashumante. Revista americana de historia social*. 2005;5:10-37.

De Lellis M, Rossetto, J. Los caminos de la reforma en Salud Mental. *Revista Medicina y Sociedad*. 2006; 27(3).

Denzin NK, Lincoln YS. *Manual de Investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2012.

Desviat M. Jean Pierre Falret y la construcción de la clínica psiquiátrica. *Atopos*. 2009;(13):50-59.

Di Liscia MS, Soprano G. *Burocracias estatales: problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*. Rosario: Prohistoria Ediciones; 2017.

Di Liscia MS. Reflexiones sobre la nueva historia social de la salud y la enfermedad en Argentina. En: Carbonetti A, González Leandri R, (Eds). *Historias de salud y enfermedad en América Latina, Siglos XIX y XX*. Córdoba: Editorial CEA, CONICET; 2008. p.15-47.

Di Liscia MS. Instituciones, médicos y sociedad. Las posibilidades y los problemas en el Territorio pampeano (1884-1933). En: Di Liscia MS, Lluch A, Lassalle A, (Eds). *Al oeste del paraíso. La transformación del espacio natural, económico y social en la Pampa Central (Siglos XIX-XX)*. Buenos Aires: Miño y Dávila, EdUNLPam; 2007. p.123-154.

Di Liscia MS, Salto GN. *Higienismo, educación y discurso en la Argentina, 1870-1940. La Pampa*: Editorial de la Universidad Nacional de La Pampa; 2004.

Dörner K. *Ciudadanos y Locos. Historia Social de la Psiquiatría*. Madrid: Taurus; 1974.

Dovio M. La Higiene Mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945). *Revista de Historia y Geografía*. 2017;(36):45-65.

Dovio M. La peligrosidad en la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires, 1924-1934. *Revista de Derecho Penal y Criminología*. 2014;4(4):44-56.

Du Camp M.. *Les hospices a paris: II. Bicêtre, La Salpêtrière*. *Revue des Deux Mondes* (1829-1971). 1870;89(2),310-337.

Dowbiggin I. *La folie héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*. Capítulo 5 y 6. París: EPEL; 1991.

Duero D, Shapoff V. El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. *CES Psicología*. 2009;2(2):20-48.

Eraso, Y. A burden to the state: the reception of the German 'Active Therapy' in an Argentinian colony-asylum in the 1920s and 1930s. En: Ernst W. *Transnational psychiatries: social and cultural histories of psychiatry in comparative perspective*. Cambridge: Scholars Publishing; 2010. p.51-80.

Eraso Y. 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. 2002;(5):33-63.

Eraso Y. Trabajo Alienado. Aportes para la comprensión del trabajo de los enfermos mentales en una institución psiquiátrica pública: Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva (Pcia. de Córdoba) 1914-1934 [Tesis de licenciatura]. [Córdoba]: Escuela de Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba; 1999.

Ernst W, Mueller T. (Eds.). Transnational psychiatries: social and cultural histories of psychiatry in comparative perspective 1800-2000s. Cambridge: Scholars Publishing; 2010.

Esquirol J-ED. Las pasiones consideradas como causas, síntomas y medios curativos de la alienación mental. En: P. Pinel, el nacimiento de la psiquiatría / Phillippe Pinel; Josh Haslam; Johan C. Reil. Peiró A. (Trad.). Buenos Aires: Polemos; 2012 [1823]. p.271-340.

Falcone R. Indicios de profesionalización en los programas académicos de psicología de la Universidad de Buenos Aires entre 1947 y 1956. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIV Jornadas de Investigación y XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología-UBA; 2017. 20-24p.

Falcone R. Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología de la U.B.A. 2013;(20):207-215.

Falcone R. Genealogía de la locura. Discursos y prácticas de la alienación mental en el positivismo argentino (1880-1930). Buenos Aires: Letra Viva; 2012.

Falcone R. Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto; 2010. Recuperado de: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/A.

Falret JP. Las enfermedades mentales y los asilos para alienados: lecciones clínicas y consideraciones generales. Buenos Aires: Polemos; 2015 [1854].

Ferrari F. De la locura a la enfermedad mental en Córdoba (1758-1930): una historia cultural de los discursos y prácticas médicas sobre la locura. Córdoba: Adriana Hidalgo Editora; 2016.

Ferrari F. 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]. [Córdoba]: Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba; 2012.

Foucault M. Historia de la locura en la época clásica tomo II. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2015 [1967].

Gabarré J. Philippe Pinel (1745-1826). Vida y obra científica. *Psiquiatría y salud mental*. 2008;4(24):53-69.

García J. Pensamiento social en salud en América Latina. México DF: Interamericana McGraw Hill/OPS; 1994.

García L. La psicología por asalto. *Psiquiatría y cultura científica en el comunismo argentino (1935-1991)*. Buenos Aires: Edhasa; 2016.

Gauchet M, Swain G. La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique. Tomo 68. Paris: Gallimard; 1980.

Gauchet M. De de Pinel a Freud. En: Swain G. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Paris: Calmann Lévy; 1997. p.7-57.

Gelman J, Santilli D. Desigualdad y movilidad social en el Buenos Aires del siglo XIX. El acceso a la propiedad de la tierra entre el rosismo y el orden liberal. V Jornadas Uruguayas de Historia Económica. Montevideo: Asociación Uruguaya de Historia Económica; 2011.

Gentile A. La psiquiatría en Rosario. *Temas de historia de la psiquiatría argentina*. 1998;5(3):3-12.

Giordano V. (Doble) moral sexual y derechos civiles de las mujeres, 1888-2010. En: Barrancos D, Guy DJ, Valobra AM. (Eds.). *Moralidades y comportamientos sexuales: Argentina, 1880-2011*. Buenos Aires: Biblos; 2014.

Goleman A. Legitimar psiquiatras antes que curar pacientes. Las terapias de shock en Buenos Aires, Argentina (1930-1970). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. 2017;69(1):176-190.

Goldman N. Nueva historia argentina. Vol.10. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1998.

Gomes Morgado E. Potencialidad, populismo y estado de bienestar en la clasificación de los enfermos mentales en argentina (1946-1955). V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación y Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires; 2013.

Gómez MJ. De la Casa de Orates al Open Door: el paisaje en el proyecto asilar chileno, 1852-1928. *Asclepio*. 2017;(69)2:192.

González Canalejo C. Historia de la enfermería psiquiátrica. En: Granados Gámez G, Sánchez Bujaldón M. (Coord.). Enfermería en salud mental. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p.1-19.

González Leandri R. La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900". Diálogos, Revista Electrónica de Historia. 2006;7(1):36-78.

Gonzalez Leandri R. Profesiones y poder. Elites e Instituciones médicas en Buenos Aires 1852-1870. En: Sevilla MR.. Consolidación Republicana en América Latina, Sevilla: Adalid Seráfico, SA; 1999 a.

González Leandri R. Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886. Madrid: CSIC, 1999 b.

Guerrino A. La psiquiatría Argentina. Buenos Aires: Ediciones Cuatro; 1982.

Gutierrez Avendaño J. Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana (1870-1968). Colombia: Fondo Editorial IUE; 2019.

Gutiérrez Avendaño J, Marín Monsalve Y. Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia, 1920-1959. Katharsis. 2012;(14):197-224.

Hacking I. Philosophie et histoire des concepts scientifiques; 2005. Disponible en: http://www.college-defrance.fr/media/historique/UPL46353_UPL35833_hackingres0405.

Huertas R. En los inicios de la psiquiatría franquista: el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942). Dynamis. 2017;1(37):23-43.

Huertas R. Historia cultural de la Psiquiatría. (Re) pensar la locura. Madrid: Catarata; 2012.

Huertas R. En torno a la construcción social de la locura: Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011; 31(3):437-456.

Huertas R. Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?. Frenia. Revista de historia de la psiquiatría. (2001 a);1(1),9-36.

Huertas R. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría. 2001 b;1(2): 7-37.

Huertas R. Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública. Madrid: FISS; 1995.

Huertas R. Entre el nihilismo terapéutico y la higiene social: la asistencia psiquiátrica en el positivismo francés. Enfermedad, clínica y patología. Estudios sobre el origen y desarrollo de la medicina contemporánea. Madrid: Ed. Complutense; 1993.

Huertas R. Asilos para locos: Terapéutica mental y política sanitaria. Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Centro de Estudios Históricos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid. 1988;40(2):131-149.

Iacoponi L. El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door. Alcmeon. 1999;7(4):5-14.

Jardón M. Los diseños de historias clínicas del Hospital Nacional de Alienadas (1900-1930). II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y 6° Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA; 2010. p.360-363.

Kohl A. Higienismo argentino. Historia de una utopía. Buenos Aires: Dunken; 2006.

Klappenbach H. El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental. Temas de historia de la Psiquiatría Argentina. 1999;(10):3-17.

Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela; 2000.

Lellis M. El movimiento de salud mental: Una aproximación histórica y crítica [Internet]. Buenos Aires: Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 1990 [citado 4 de Marzo de 2019]. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatoria/s/065_salud1/material/archivos/fichas/sm_aprox_historica_critica.pdf.

López-Beltrán C. En la cuna de la herencia; los médicos franceses y L' Herédité Naturelle a principios del siglo XIX. Journal of the History of Biology. 2004;(37):39-72.

López-Muñoz J, Pérez Fernández F. Los ungüentos de brujas y filtros de amor en las novelas cervantinas y el papel del Dioscórides de Andrés Laguna. Tribuna Plural. Revista de la Real Academia de Doctores. 2015;(8):237-292.

Maldonado A, Pedraza G, Naidés E. El Asilo: Memorias de la vida cotidiana. Hospital "Dr. Emilio Vidal Abal" Oliva, Córdoba (1914-2001). Buenos Aires: [Editor desconocido]; 2002.

Matusevich D. ¿Quién hace Historia?. Biografías de psiquiatras Argentinos. Buenos Aires: Letra Viva; 2017.

Meléndez L, Coni E. Estudio estadístico sobre la locura en Buenos Aires. Rev. Médico-Quirúrgica. 1880;(16):451-484.

Moreno JL. (comp.). La política social antes de la política social. Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX. Buenos Aires: Prometeo; 2000.

Moreyra B. Modelo asistencial e historiografía en Argentina en la modernidad liberal. Quinto sol. 2017;21(3):4-23.

Moreyra B. Cuestión social y políticas sociales en Argentina. La modernidad periférica. Córdoba 1900-1930. Buenos Aires: Bernal, Universidad Nacional de Quilmes; 2009.

Morra LS. Legislación sobre alienados. Revista de la Universidad Nacional de Córdoba. 1915;(3).

Narvaja de Arnoux E. Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo. Buenos Aires: Santiago Argos Editor; 2006.

Navarlaz VE. La creación de establecimientos públicos de asistencia psiquiátrica en la argentina. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires; 2011.

Navarlaz VE, Jardon M. Los diagnósticos y las historias clínicas de mujeres en los hospicios de Buenos Aires entre 1900-1930. Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 2010;(17): 393-400.

Navarlaz VE, Miranda MF. La hipótesis de la degeneración en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y la Colonia Dr. Cabred entre los años 1900 y 1930. Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 2009;(16):183-191.

Navarlaz VE. Comparación de los criterios de clasificación de las enfermedades mentales utilizados en el hospicio de las Mercedes entre los años 1930-1957. VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Mar Del Plata: Universidad de Mar del Plata; 2007.

Neiburg F, Plotkin M. Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina. Buenos Aires: Paidós; 2004.

Pérez Fernández F, Peñaranda Ortega M. La situación de los manicomios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios a comienzos del siglo XX. Un estudio a través de los Boletines de la Revista Frenopática Española. Revista de historia de la psicología. 2017; 38(4):38-52.

Pick D. Faces of degeneration. A European Disorder, c.1848 – c.1918. Capítulo 2. New York: Cambridge University Press; 1989.

Pinel P. Tratado Médico-filosófico sobre la alienación mental. En: P. Pinel, El nacimiento de la psiquiatría / Phillippe Pinel; John Haslam; Johann C. Reil. Peiró A. (Trad.). Buenos Aires: Polemos; 2012 [1809]. p.341-628.

Porter R. Breve historia de la locura. México: Fondo de Cultura Económica; 2002.

Quétel C, Postel J. Nueva historia de la psiquiatría. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2000.

Ramacciotti, K. Los entrecruzamientos de los saberes técnicos y estatales. El caso de Telma Reca. En: Fiorucci F, Rodríguez, LG. (Comp.). Intelectuales de la educación y el Estado: maestros, médicos y arquitectos. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 2018.

Ramaciotti K. Las políticas sanitarias del primer peronismo: ideas, tensiones y prácticas. [Tesis doctoral]. [Buenos Aires]: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires; 2008.

Renneville M. Aliénisme. En: Lecourt D. Dictionnaire d'histoire de la pensée médicale. Presses universitaires de France; 2004. p.26-29.

Requiere M. Beneficencia y Asistencia Social: la política manicomial en Buenos Aires (1880-1940). Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2000;9(2):169-194.

Ríos Molina A. La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920. México: El Colegio de Mexico AC; 2009.

Rocchi F. El péndulo de la riqueza: la economía argentina en el periodo 1880-1916. En: Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites, 1880-1916. Buenos Aires: Sudamericana; 2000.

Rossi LA. Psicología en la Argentina: Vestigios de profesionalización temprana. Buenos Aires: JVE Ediciones; 2005.

Rossi LA, Ibarra F. Historias clínicas y fichas. Criterios psicológicos implícitos según campos profesionales y contextos políticos. Argentina 1900-1957. Revista de Historia de la Psicología en la Argentina. 2010;(3):8-17.

Rossi LA, Navarraz V. Transformaciones discursivas en el diseño de historias clínicas argentinas, 1900-1957. Memorias del I Congreso Internacional de investigación y práctica profesional en psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y 5º Encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR. 2009;(3):441-443.

Ryan P. El origen del tratamiento moral en psiquiatría. Salud Mental. 1981;4(2):30-32.

Sacristán C. Curar y custodiar. La cronicidad en el Manicomio La Castañeda, Ciudad de México, 1910-1968. Asclepio. 2017;69(2):193-207.

Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cuicuilco. 2009;16(45):163-188.

- Sacristán C. Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia. Revista de Historia de la psiquiatría*. 2005;5(1):9-33.
- Sacristán C. Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944. *Secuencia*. 2001;(51):091.
- Saforcada M. Inauguración de la semana de higiene mental: Importancia de las Ligas de la Higiene Mental. *Annals de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona*. 1932;(14):216-224.
- Sievers A. Beneficencia, asilos para enajenados y su relación con la transformación del Estado en Concepción, durante las primeras décadas del siglo XX. *Tiempo y Espacio*. 2012;(28):151-182.
- Simon H. El tratamiento ocupacional en los enfermos mentales. Peiró A. (Trad.). Barcelona: Salvat; 1937 [2012].
- Solá MB, Cano NB. Intervención social en la Argentina de los años 30: la profesionalización de la asistencia social. *Historia caribe*. 2009;(15):139-157.
- Stagnaro JC. En los Orígenes de la psiquiatría Argentina. En: Matusевич D. ¿Quién hace Historia?. *Biografías de psiquiatras Argentinos*. Buenos Aires: Letra Viva; 2017 a. p.26-37.
- Stagnaro JC. Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas. *Vertex*. 2017 b:191-235.
- Stagnaro JC. Introducción: En torno al origen del primer alienismo. *Asclepio*. 2015;67(2):104-113.
- Stagnaro JC. Grandes psiquiatras argentinos. *Bibliografía Científica Raffo*. Buenos Aires: Polemos; 2012.
- Stagnaro JC. Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*. 2006;6(1):7-13.
- Stagnaro JC. Lucio Meléndez y el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina (1870-1890). [Tesis doctoral]. [Buenos Aires]: Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires; 2005.
- Stagnaro JC. Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*. 1997; 1(1):3-16.
- Stucchi-Portocarrero S. El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2015;73(8):153-158.
- Suriano J. La cuestión social en Argentina, 1870-1943. Buenos Aires: La Colmena; 2000.
- Swain G, Gauchet M. *Dialogue avec l'insensé: essais d'histoire de la psychiatrie*. Paris: Gallimard; 1994.
- Talak, AM Christofredo Jakob: La tradición neurobiológica en la primera psicología en Argentina. *Filosofía e Historia Da Cincia No Cone Sul. Seleo de Trabalhos Do 6 Encontro*; 2010. p.104.

- Talak AM. Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en Argentina (1900-1940). *Temas de Historia de la Psiquiatría argentina*. 2006 a;(23):25-31.
- Talak AM. Psicología, criminología y degeneración en Argentina. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires; 2006 b.
- Talak AM. Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en Argentina (1900-1940). En: Miranda M, Vallejo G. *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo XXI de Argentina Editores; 2005. p.563-599.
- Teixeira, MO. Pinel y el nacimiento del alienismo. *Estudio Investigué Psicología*. 2019; 19(2):540-560.
- Teixeira MO, Ramos MA. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. 2012;15(2):364-381.
- Vallejos MS. El problema de la herencia en la medicina francesa (1800-1846). *Iluil*. 2013;36(77):133-157.
- Vallejos MS. Higiene y tratamiento moral en la obra de Pinel: La herencia como un impensable para el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX. *Psychiatry*. 1992;(3):391-411.
- Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis; 1999.
- Vanadia LN. Miradas del Hospital Asilo de Oliva, durante la primera mitad del siglo XX: algunas reflexiones teórico metodológicas para su análisis histórico. *Revista de Salud Pública*. 2017; 21(3):82-87.
- Vanadia LN. El saber ver y el saber hacer en el hospital-asilo de Oliva (1914-1950): el caso Adela. *Salud Colectiva*. 2019;(15):1-15.
- Venancio, AT, Saiol JR. El Hospicio Nacional de Alienados en la prensa de Río de Janeiro (1903-1911). *Asclepio*. 2017;69(2):190-207.
- Veronelli JC, Veronelli Correch M.. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina. Organización Panamericana de la Salud; 2004.
- Vezzetti H. "La locura en la Argentina". Buenos Aires: Paidós; 1985.
- Waller J. "The illusion of an explanation": The Concept of Hereditary Disease, 1770-1870. *Journal of the History of Medicine*. 2002;(57):410-448.
- Walusinski O. Bouchet (1801–1854), un aliéniste saint-simonien. En: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson; 2018. p.526-534.
- Zimmermann EA. *Los liberales reformistas: la cuestión social en la Argentina, 1890-1916*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1995.

FUENTES DOCUMENTALES

FUENTES INÉDITAS

Archivo del Hospital Dr. Emilio Vidal Abal

Libro de Actas y Resoluciones:

Tomo I (julio de 1914 a diciembre de 1924).

Tomo III (febrero de 1933 a diciembre de 1941).

Memorias Médico Administrativas Institucionales (años 1914-1942):

Vidal Abal E. Memoria Médico Administrativa de 1914. Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva; 1915. p.13.

Vidal Abal E. Memoria Médico Administrativa de 1919. Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva. Período 1919-1920; 1920. p.13.

Vidal Abal E. Memorias Médico Administrativa. Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva. Período 1929-1930; 1930. p.7.

Historias clínicas de pacientes.

FUENTES ÉDITAS

Boletín del Asilo de Alienados en Oliva (años 1933-1942)

Barrancos A, Hernández Ramírez R. Tabo parálisis con sintomatología de tumor cerebral en su iniciación. Boletín del Asilo de Alienados en Oliva. 1934;(6):247-256.

Barrancos A. Padres e hijos alienados. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva.1935 a; (10):280-304.

Barrancos A. Bases de constitución de la Conferencia de médicos del Asilo de Oliva. Boletín del Asilo en Oliva. 1935 b; (8):138-140.

Barrancos A. Dispensarios Psiquiátricos. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1939; (19):25-35

Bringas Núñez E. Consideraciones sobre los efectos psicopatológicos de la depresión económica. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934; (6): 241-246.

Bringas Núñez E. Sobre un caso de esclerosis en placas de forma atípica. Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva. Segunda Reunión. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 a; (8):145-156.

Bringas Núñez E. Diagnósticos de la esclerosis en placas. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 b; (10):318-344.

Bringas Núñez E. ¿Pseudoparálisis general progresiva por esclerosis múltiple? Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 c; (9):241-253.

Bringas Nuñez E. Demencia precoz y Esquizofrenia. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1937; (15):70-92.

Bringas Núñez E. Protección a los ex-asilados curados y convalecientes. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1939; (25):218-227.

Bringas Núñez E. Homicidio y alienación mental. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1941 a; (39):244- 253.

Bringas Núñez E. Bases para la creación de un establecimiento provincial para alienados en Córdoba. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1941 b; (39):271-290.

Cabeza M. Psicosis Tífica. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934; (5):155- 176.

Cabeza M. Actividades de asilados extra-muros del manicomio. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1939; (23):3-4.

Cabeza M. Memoria del "Asilo Colonia Regional Mixta de Alienados en Oliva" (Pcia. de Córdoba). Desde su fundación hasta el presente 1918-1941. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1942; (40-41):3-76.

Cubas M. Los certificados médicos de alienación mental. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935; (7):35-45.

Escuti A. Tratamiento de la depresión melancólica por el cloruro de calcio. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1937;(17):234-236.

Estape JM. Neuropsiquiatría y fenómeno alucinatorio. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935; (9):183-191.

Ferrer C. Consideraciones sobre el trabajo en los alienados. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1933; (1):33-46.

Ferrer C. Nuevas consideraciones sobre el trabajo en los alienados. Boletín del Asilo de Alienados en Oliva. 1934;(4):75-91.

Ferrer C, Cubas M. Consideraciones sobre el suicidio y sus tentativas en los alienados internados. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934: (5):177-193.

Ferrer C. Consideraciones generales sobre la Demencia. Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva, Tercera reunión. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 a; (9):226-237)

Ferrer C. Tratamiento de la melancolía y de la depresión melancó con hematóporfirinica. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 b; (7):27-34.

Ferrer C, Bringas Núñez E. Depresión melancólica y hematóporfirina. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935; (8):116-122.

Ferrer C. Altas Prematuras. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1936; (11):41-49.

Ferrer C. Labor realizada en la sección clínica psiquiátrica de varones durante los tres primeros meses de implantada la reorganización de los servicios de la misma. Conferencia de médicos del Asilo de Oliva, primera reunión ordinaria de 1937. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1937; (16):187-192.

Ferrer C. Proyecto de asistencia familiar en el Asilo de Oliva. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1938 a; (19-22):36-42.

Ferrer C. Sobre las visitas a los alienados internados. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1938 b; (19-22):140-146.

Ferrer C. Comentarios sobre lo tratado en el VI Congreso de Medicina. Boletín del Asilo de Aliandos de Oliva. 1938 c; (19-22):278- 281.

Ferrer C. Examen mental en los ferroviarios. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1938 d; (19-22):210-121.

Ferrer C. Huelga de Hambre y Anorexia mental. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1939; (24).83-87.

Fontana M. Un caso de Mutismo Absoluto. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1933: (3):103-110.

Fontana M. La negatividad del líquido cefalorraquídeo en la parálisis general progresiva. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934; (6):266-270.

Fontana M. Traumatismo y Demencia Precoz. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 a; (8):109-115.

Fontana M, Ocampo O. Sobre un caso de locura toxico-infecciosa de origen baciloso tratada con sanocrisina. Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva. Tercera reunión de 1935. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 a; (9):219- 226.

Fontana M. Estadística de la locura alcohólica. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 b; (10):304-317.

Fontana M. Mutismo. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1937; (15):52-69.

Hernández Ramírez R. Atrofia Mucular tipo Charcot-Marie. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1933; (1):13-24.

Hernández Ramírez R. El trabajo como terapéutica de la locura. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934 a; (5):194-200.

Hernández Ramírez R. El trabajo como terapéutica de la locura (continuación). Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934 b; (6):288-296.

Hernández Ramírez R. Demencias orgánicas. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 a; (9):237-241.

Hernández Ramírez R.. Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva. Primera reunión de 1935. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 b; (8):138-158.

Hernández Ramírez R. El concepto de deegenración en psiquiatría según Honorario Delgado. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 c; (7):173.

Hernández Ramírez R. Laborterapia en el Asilo de Oliva. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1936 a; (12):161-163.

Hernández Ramírez R. El trabajo como etiología de la locura. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1936 b; (12):114-123.

Lopes H. Algunos comentarios sobre la labor-terapia del Hospital de Oliva. Archivos Brasileiros de Hygiene Mental. 1933; 6(4):316-324

Soler J. Nuevas aportaciones al estudio de las toxicomanías. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934; (5):201- 210.

Spangenberg JJ. Reunión de médicos psiquiatras (a celebrarse en el Asilo Regional de Oliva en el mes de Julio de 1939). Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1938; (19-22):275-277.

Varias. Boletín del Asilo de alienados en Oliva. 1937;(13):265.

Vidal Abal E, Soler J. Contribución al Estudio de la Asistencia del alienado en la República Argentina. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1933; (2):61-84.

Vidal Abal E. El Asilo Colonia de Oliva. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1933; (1):5-12.

Vidal Abal E, Soler J. Contribución al estudio de la asistencia del alienado en la República Argentina. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934; (3).21-42.

Vidal Abal E. Síntesis de la memoria médico-administrativa del año 1933. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934 a; (3):5-20.

Vidal Abal E. El Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados, de Oliva, al cumplir los veinte años de vida. Boletín del Asilo de alienados de Oliva. 1934 b; (5):145-154.

Vidal Abal E. Asistencia del alienado crónico asilado. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1934 c; (6).227- 240.

Vidal Abal E, Ferrer C. Nuestra asistencia Familiar dentro del Asilo. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935; (9):192-203.

Vidal Abal E. Sobre la asistencia del alienado. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 a; (8):89-105.

Vidal Abal E. Clausura Temporal del Asilo. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 b; (9):179-181.

Vidal Abal E. La banda de música del Asilo. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1935 c; (8):87-88.

Vidal Abal E. Síntesis de actividades. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1936 a; (11):5-26.

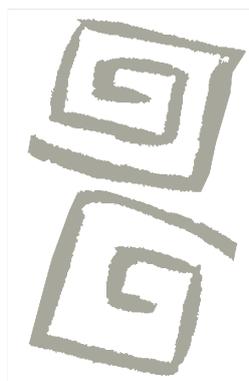
Vidal Abal E. Conceptos Básicos para la Selección del personal. Conferencia de Médicos del Asilo de Oliva, Abril de 1936. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1936 b; (12):124-133.

Vidal Abal E. Sobre reorganización de los Servicios Médicos en el Asilo de Oliva, por el Dr. Emilio Vidal Abal (Médico-Director). Conferencia de médicos del Asilo de Oliva. Primera reunión ordinaria, de 1937. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1937 a; (16):178-186.

Vidal Abal E. Consideraciones sobre profilaxis mental a propósito del tema de la praxiterapia. Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1937 b; (16):119-130.

Vidal Abal E. Plan de reorganización de servicios médicos. Boletín del Asilo del Alienados de Oliva. 1937 c; (15):100-104.

Vidal Abal E. Los alienados en Francia (comentarios). Boletín del Asilo de Alienados de Oliva. 1939; (23):51-58.



El saber ver y el saber hacer en el hospital-asilo de Oliva (1914-1950): el caso Adela

Know-what and know-how in the Hospital-Asilo of Oliva (1914-1950): the Adela case

Laura Natalia Vanadia¹, María Laura Rodríguez²

¹Licenciada en Psicología. Doctoranda, Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Becaria doctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Córdoba, Argentina. 

²Licenciada en Historia. Doctora en Ciencias Políticas. Investigadora adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Córdoba, Argentina. 

RESUMEN En este trabajo analizamos múltiples experiencias en el funcionamiento del primer *open-door* creado en la provincia de Córdoba, en 1914: el “Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados Oliva”. Abordamos un conjunto de historias clínicas y publicaciones especializadas del boletín institucional, profundizando en procesos teóricos y terapéuticos articulados durante la primera década de internación de una paciente que vivió en Oliva la mayor parte de su vida adulta. Este estudio de caso, cuestiona la tradicional relevancia otorgada a este manicomio como espacio de reclusión y control social. Mostramos que, en un contexto de constante crisis de los recursos institucionales y de transformación de los modelos psiquiátricos, la configuración del “saber ver” y el “saber hacer” de estos alienistas no constituyeron una autoridad monolítica, dando cuenta de cómo los comportamientos de los pacientes y sus allegados, los valores y usos sociales definían tipos de ingresos, diagnósticos y posibilidades de tratamiento.

PALABRAS CLAVES Psiquiatría; Historia; Hospitales Psiquiátricos; Trastornos Mentales; Argentina.

ABSTRACT This paper analyze multiple experiences about the functioning of the first Open-Door in Argentina's inside, the “Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados Oliva”, created in the province of Cordoba in 1914. We approach a set of clinical histories and specialized publications of the institutional bulletin, deepening in theoretical and therapeutic processes articulated during the first decade of hospitalization of a patient who lived in Oliva most of her adult life. This study case questions the relevance given to this madhouse as a space of reclusion and social control. We show that, in a context of crisis about institutional resources and transformation into psychiatric models, the configuration of know-what and know-how of these alienists did not constitute a monolithic authority, accounting for how the behaviors of patients and their relatives, values and social uses defined types of income, diagnoses and treatment possibilities.

KEY WORDS Psychiatry; History; Hospitals, Psychiatric; Mental Disorders; Argentina.

INTRODUCCIÓN

Como en otras partes de América Latina, en Argentina, la creación de asilos y hospitales regionales para indigentes fue una aspiración planteada desde fines del siglo XIX, cuando los médicos comenzaron a denunciar el estado de abandono que sufrían los pacientes, situación que, en nuestro país, se sumaba a los ribetes propios de la acelerada modernización socioeconómica y del crecimiento demográfico en marcha.

La incorporación del país al mercado internacional y su adaptación al modelo agroexportador, en el marco de la división internacional del trabajo, transformó no solo la organización productiva, sino también el orden social⁽¹⁾. A pesar de que la expansión demográfica beneficiaría a la economía del país, rápidamente dejó traslucir importantes consecuencias indeseables, como el incremento de la pobreza urbana, el hacinamiento, la delincuencia y la propagación de enfermedades^(2,3). Los ideales modernos de “orden” y “progreso”, pilares en la formación del Estado, requerían de la erradicación de los males urbanos integrados por la marginalidad, la delincuencia y la locura.

Como sostiene Ferrari⁽⁴⁾, en este contexto, los médicos higienistas habilitaron espacios de intervención, convirtiéndose en administradores de asilos y hospicios, en los que de manera paulatina se desplazó la participación de otros actores, como las sociedades de beneficencia, en pos de un discurso científico positivista que se consolidaba a través de la creación de cátedras y el acceso de la elite médica a espacios universitarios y hospitalarios. Las modalidades de intervenir la locura no perderían de vista el ideal de hombre moral, la defensa de la raza nacional y la construcción del buen ciudadano^(4,5,6). El proyecto presentado al senado en 1906 y aprobado en la presidencia de Figueroa Alcorta –Ley 4953⁽⁵⁾– fue el impulso legal para un modelo hospitalario añorado por muchos. Basado en los principios del *no restraint*, tratamientos en espacios rurales y “...procedimientos más liberales y humanitarios de asistencia”,

estaba destinado a la atención de procesos agudos y a dar albergue a la mayor cantidad de enfermos crónicos e incurables⁽⁵⁾. En ese contexto, las gestiones del doctor Domingo Cabred fueron decisivas para la creación del “Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados Oliva”, inaugurado en la provincia de Córdoba en 1914⁽⁷⁾, bajo la modalidad de institución *open door*.

De acuerdo a la importancia estratégica que se le reconoció al Asilo Colonia de Oliva, el más grande del país y el primero de la provincia de Córdoba, dicha institución se convirtió tempranamente en objeto de la historiografía de la psiquiatría argentina. Una serie de investigaciones producidas entre fines de la década de 1990 y comienzos de la década siguiente plantearon que la configuración institucional de Oliva daba cuenta de un lugar caracterizado por la segregación y el disciplinamiento, donde el enfermo mental crónico era conceptualizado más bien como un medio de sostenimiento económico institucional, separado de la intervención disciplinaria estrictamente psiquiátrica^(7,8,9).

Estas aproximaciones, vinculadas a la renovación de las perspectivas historiográficas clásicas, generada a partir de los aportes de Vezzetti⁽⁶⁾, enfatizaron cuestiones relativas al rol de las instituciones psiquiátricas como dispositivos de poder articulados al servicio del Estado. Sin embargo, lecturas más recientes, como las de Ablard⁽¹⁰⁾, pusieron en tensión aquellas aseveraciones sobre la existencia de un todopoderoso Estado nacional, con capacidad de intervención y regulación absoluta sobre los cuerpos y voluntades de los pacientes⁽¹¹⁾.

La historiografía latinoamericana viene insistiendo en que el estudio más detallado de las diversas fuentes relativas a la admisión y tratamiento de alienados, rescata nuevas evidencias sobre la existencia de una preocupación y de una práctica médica dirigida a los alienados, en contraposición con la visión que lo consideraba como mero lugar de exclusión social^(8,12). Si bien en el contexto de América Latina, y de Argentina en particular, el proceso de atención en salud mental se vio obstaculizado por el débil apoyo estatal

y la falta de recursos para hacer frente a la creciente demanda de atención, el manicomio fue un espacio de múltiples experiencias^(12,13,14,15). Desde esta perspectiva, cada vez son más frecuentes los trabajos que destacan el carácter social híbrido y polifacético del manicomio, a partir de analizar su vida cotidiana, proponiendo un diálogo entre las distintas voces y sujetos que lo habitaron⁽¹⁶⁾.

A partir de este enfoque vinculado a una historia social de la psiquiatría, abordamos un conjunto de historias clínicas y publicaciones especializadas aparecidas en el *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*, centrándonos en la experiencia que atravesó Adela, paciente que vivió y murió en la institución luego de pasar 38 años de internación. En este estudio de caso, ponemos en juego tres puntos de vista. En el primer apartado, recuperamos algunos renglones ligados a las circunstancias de la llegada de Adela a Oliva, a través de interrogar algunos datos e indicios sobre su perfil social y familiar, así como en cuanto a lógicas heterogéneas de los ingresos y procesos de atención. En el segundo y tercer apartado, procuramos tensionar las relaciones entre saber/poder, problematizando la práctica especializada alrededor de lo que hemos denominado “el saber ver” y “el saber hacer” de los alienistas, para lo cual identificamos y ubicamos en contexto científico las dinámicas involucradas en la construcción del diagnóstico, atendiendo tanto a las elaboraciones teóricas, aportes y transformaciones, como a la porosidad de ese saber. Finalmente, analizamos la terapia del trabajo o laborterapia como eje del funcionamiento institucional y de la praxis clínica en Oliva y exponemos cómo las ineficacias terapéuticas ya reconocidas, coexistieron con otras complejidades, tanto las propias del caso de Adela, como las vinculadas a tramas científicas e institucionales clave para examinar el funcionamiento institucional.

Las posibilidades y obstáculos ligados al uso de las historias clínicas como fuente merecen un apartado particular. Sin duda, su valor heurístico es sumamente auspicioso, no solo habilita un acceso directo a la práctica médica, sino además ofrece información

para emprender otros tipos de análisis, entrando de lleno en el campo de la historia social⁽¹⁷⁾. No obstante, esta misma amplitud de horizontes nos lleva a reconocer como límites al estado de dispersión y descuido en que hallamos los archivos específicos. Desde otra órbita de asuntos, a menudo nuestras fuentes clínicas abrumaban en silencios y vacíos, los que muchas veces fueron incorporados al análisis como inferencias indiciales. Ello también nos ha impelido a concentrar el análisis en la primera década de internación de Adela, aunque su permanencia en Oliva se extendió hasta 1969, año de su muerte, cuestiones que repasamos convenientemente.

Asimismo, aunque nuestra investigación, por su carácter histórico, trabaja con material de personas fallecidas en el siglo pasado, resulta necesario consignar que hemos manejado datos obtenidos de documentos personales. En consecuencia, en conformidad a la Ley 25326 sobre Protección de datos personales, se accedió al material asumiendo la responsabilidad de respetar la confidencialidad referida a la identidad de las personas mencionadas en las historias clínicas. Los nombres y todo dato filiatorio que podría llevar a su identificación son ficticios, por lo que, al citar expresiones textuales de las historias clínicas, solo se hará mención a las siglas de historia clínica (HC) y del Archivo del Hospital Emilio Vidal Abal (AHEVA) donde se encuentran alojadas las fuentes documentales, acompañadas del año.

CUESTIONES DE FAMILIA

El 15 de febrero de 1930, Adela reingresó a Oliva, comenzando una experiencia de vida que a la postre se puede analizar como definitiva, ya que concluyó con su muerte en la institución, en septiembre de 1969, 38 años después. Según los datos de su historia clínica, su primer internamiento, a cargo del Dr. Fazio, habría sido apenas unos meses antes, en 1929, con un carácter breve, ya que recibió su alta a los 20 días de su ingreso. Tanto el Dr. Fazio como el Dr. Barrancos –alienista

que realizó su internación en 1930-, coincidieron en diagnosticarla con un cuadro de depresión melancólica simple. Cabe destacar que, además de estos dos ingresos, ella ya había pasado anteriormente 15 días en una institución administrada por las damas de la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, conocida como "Asilo de Alienadas" de la ciudad de Córdoba (HC-AHEVA, 1929).

En términos generales, la historia clínica que se abrió en 1930 no abundó en datos personales no patológicos; no obstante, algunos de ellos son por demás significativos para trazar una suerte de perfil sociodemográfico de la paciente. Sabemos que su ingreso definitivo a la institución sucedió cuando ella tenía 20 años, siendo soltera, de profesión sirvienta, católica, sabía leer y escribir y, vivía con su padre, un italiano inmigrante, junto al que residía en la pequeña localidad rural de Arroyo Cabral, ubicada a 160 km de la ciudad de Córdoba.

Los alienistas que trabajaron con Adela sostuvieron silencios, que cobran un sentido clave para comprender la trayectoria que

acabó en las internaciones de la paciente en Oliva. Algunos indicios sugieren que el contexto en que se produjo su internación, especialmente en lo que respecta a su entorno familiar y social, constituyeron piezas nodales para descubrir tramas sustanciales que habrían definido los procesos de ingreso y atención en las instituciones mentales públicas de estos años.

No era excepcional que quien solicitó la internación de la paciente fuera su propio padre, Antonio. Según marcó Sacristán⁽¹⁶⁾ era usual que las internaciones fueran solicitadas por la familia de los pacientes, por razones de preservación de la salud y vida, pero también por causas extra médicas. Resulta llamativo que, si bien su padre fue el interesado en que su hija fuera atendida en Oliva, Adela fue llevada a la institución por un amigo personal de este, Roque, quien para ello llevaba consigo una suerte de autorización *ad hoc*, dirigida al director del asilo, la que no era otra cosa que una carta manuscrita sin rubrica de ninguna autoridad, como puede verse en la Figura 1.

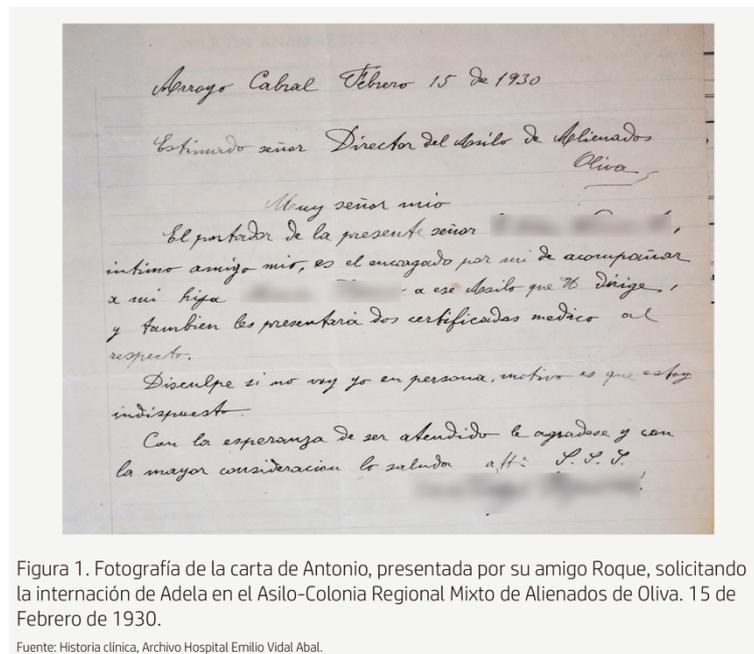


Figura 1. Fotografía de la carta de Antonio, presentada por su amigo Roque, solicitando la internación de Adela en el Asilo-Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva. 15 de Febrero de 1930.

Fuente: Historia clínica, Archivo Hospital Emilio Vidal Abal.

La experiencia analizada muestra hasta qué punto los ingresos se podían regir por usos y circunstancias de la vida social, las que constituirían una de tantas experiencias que usualmente debían resolver los médicos a cargo de las instituciones mentales. Asimismo, otros elementos evidenciaron que el mismo poder y legitimidad de los psiquiatras se hallaba lejos de constituir una autoridad consolidada. Hasta los renglones más formales del ingreso de Adela, asociados a la entrega que realizó Roque de dos certificados de alienación mental firmados por sendos médicos cirujanos, el Dr. Piñero y el Dr. Mendez, dan cuenta de esa inconsistencia. De acuerdo al Dr. Cubas, médico interno del Asilo de Oliva⁽⁸⁾, la obligación de los psiquiatras de respetar esa “narración de síntomas” que, según él, cualquier médico estaba en condiciones de realizar, escondía una dramática situación asociada a que:

...en la mayoría de los casos [...] los certificados de alienación se extienden sin ver al enfermo. [...] [incluso] este cargo no es solo imputable a médicos particulares, sino que en muchos casos profesionales que desempeñan tareas oficiales, tales como médicos de policía, tribunales, etc., no tienen inconveniente en certificar un estado que no han comprobado, confiados solamente en la buena fe del acompañante, que si a veces es un familiar muchas veces es un extraño. (HC-AHEVA, 1929)

Aunque buscamos evitar adelantarnos en el análisis que pueden ofrecer los renglones dedicados al diagnóstico, la nosografía y los tratamientos, algunos puntos que se derivaron de la entrevista médica que se le realizó a Adela en 1930 son altamente reveladores. El sentimiento de tristeza y su idea de estar “nuevamente en Oliva” por no querer trabajar en su casa (HC-AHEVA, 1929) ponen en el centro de la situación los conflictos intrafamiliares de esta joven que, como mujer, se hallaría profundamente condicionada por las desigualdades de género imperantes. Ciertos puntos de esta historia solo pueden

argumentarse a través de conjeturas, que remiten a preguntarse por la escasa libertad de elección de Adela para no desplegar las funciones primordiales que se esperaba de ella en el seno del hogar así como por el alcance del control patriarcal sobre el destino de la joven, en una época en que las mujeres aun eran consideradas por el Código Civil sujetos de incapacidad relativa, que dependían jurídicamente de los varones⁽⁹⁾. Asimismo, la insolvencia material de la joven fue manifiesta, evidentemente vinculada a la situación socioeconómica de su padre, tutor legal y proveedor de la vida material de su hija. Seguramente, el destino de aquel hombre fue muy distinto a su expectativa, al emigrar de su Italia natal en busca de mejores oportunidades promocionadas por los gobiernos de la época⁽³⁾. La vida de Antonio fue extraordinariamente complicada a causa de su alcoholismo, pero también por la precariedad laboral que implicaba trabajar de jornalero rural, seguramente de alguna empresa agrícola o chacra de Arroyo Cabral.

A pesar de que nuestros psiquiatras no integraron las relaciones interpersonales en sus nosografías y semiologías, algunas breves anotaciones consignadas en la historia clínica de la paciente, conceptuadas como “antecedentes hereditarios” (HC-AHEVA, 1929), revelaron que su madre y luego su padre también fallecieron internados en Oliva. Rosa murió en algún momento sin especificar entre en 1915 y 1930 –cuando ingresó Adela– complicada por las consecuencias de un alcoholismo avanzado, acompañado por un cuadro de “debilidad mental” (HC-AHEVA, 1915). Antonio murió rápidamente también a causa de un alcoholismo avanzado apenas transcurridos 20 días desde su ingreso el 9 de noviembre de 1931 (HC-AHEVA, 1931). Destacamos que el primer ingreso de Rosa a Oliva sucedió en noviembre de 1914, fecha en que fue trasladada al recién inaugurado Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva desde el Hospital Nacional de Alienadas (Buenos Aires); probablemente esta mujer haya sido parte de aquel primer contingente de personas que se derivaron a Oliva⁽¹⁰⁾. Completando la estructura familiar,

Adela tenía al menos cuatro hermanos que “vivían sanos” (HC-AHEVA, 1929); no obstante, la ausencia de ellos fue una constante, salvo en 1933, cuando a pedido de las autoridades de Oliva “los miembros de su familia” gestionaron ante las autoridades de Arroyo Cabral un “certificado de pobreza de solemnidad” para la interna (HC-AHEVA, 1929). Después de todo, Oliva estaba destinado, desde su creación, a la asistencia de indigentes⁽⁹⁾.

La localización de estas dos historias clínicas permitió proponer un análisis mucho más completo de las circunstancias de ingreso de la paciente, arrojando datos que colaboran en matizar aún más la idea de que la psiquiatría y sus instituciones, en este caso Oliva, sostuvieron de manera predominante una función de control social y disciplinamiento de los sectores pobres^(9,20). El hecho de que ambos padres –Rosa y Antonio– hubieran presentado síntomas orgánicos, definió que se los considerara enfermos agudos que requerían asistencia en cama, tratamientos ligados sobre todo a lo farmacológico y una vigilancia permanente. Consecuentemente, fueron destinados al área del hospital de Oliva, separada del área colonia-asilo, donde Adela pasó la mayoría de su vida. Este otro sector de la institución, que era el más extenso, estaba formado por grandes pabellones o villas –islas–, y era el espacio en el que residía la población de pacientes considerados crónicos pero inofensivos, tranquilos, en donde la terapéutica predominante y el eje de sostenimiento económico fue la laborterapia⁽⁹⁾.

Desconocemos detalles cruciales de la relación de este matrimonio pero, aun así, el deterioro fue evidente. Rosa había ingresado a Oliva llevada por la policía de Río Cuarto envuelta en un ataque contra su marido a quien acusaba de propinarle constantes maltratos (HC-AHEVA, 1915). Difícilmente se pueda entender que la mayoría de personas hospitalizadas en las instituciones psiquiátricas lo hacían engañadas o “secuestradas”, pero esta realidad fue una preocupación de los psiquiatras argentinos. En sus términos⁽¹⁸⁾, estas situaciones eran asociadas a intereses económicos y desidia de las familias,

observándose dos prácticas bastante extendidas: que algunos familiares “hicieran pasar por locos” a sus parientes para encerrarlos y así quedarse con sus bienes, y que los internaran para no enfrentar el costo que traía consigo solventar la vida y convivencia “con un senil o un[a] idiota”⁽¹⁸⁾.

Efectivamente, Adela y cada uno de sus padres representaron casos heterogéneos, tanto por las enfermedades diagnosticadas como por sus lógicas de ingreso. El ingreso voluntario de Antonio al hospital de Oliva completa el cuadro repasado. Tan grave y deteriorada habría sido su situación que, según manifestó quien lo acompañó desde su casa hasta Oliva, solo quería “...que le den algo para morir” (HC-AHEVA, 1931). Sin duda, la internación de Rosa en 1915, cuando nuestra joven apenas tenía cuatro años, y la convivencia con aquel padre alcohólico, explicarían muchos de sus comportamientos y padecimientos. Huelga decir que el cuadro con el que ingresó aquel italiano de 54 años, diagnosticado de alcoholismo orgánico con demencia (HC-AHEVA, 1931), no se había desarrollado en pocos meses, más bien habría acarreado años de tensiones y sufrimientos. La mirada del Dr. Fazio, interno de guardia que atendió en un primer momento a Antonio, refirió a su estado “psíquico”, caracterizándolo por la incoordinación, los juicios absurdos y la desorientación completa con “...depresión intensa y desactivación familiar” (HC-AHEVA, 1931). En este marco, difícilmente podemos leer su “indisposición” aquel 15 de febrero –cuando mandó a Roque a internar a Adela– sin considerar la evolución previa de su patología.

La historia que sigue involucra más actores y procesos leídos desde un contexto más amplio, pero no por ello menos crucial para la experiencia de la paciente internada cuando, al aumento progresivo del grupo de alienados crónicos, se le sumó un panorama de recursos insuficientes que ocasionaría fisuras en el modo de funcionamiento del hospital-asilo de Oliva⁽⁹⁾.

SABER VER: SÍNTOMAS Y ETIOLOGÍAS

Ese mismo 15 de febrero de 1930, el Dr. Barrancos dio a conocer el diagnóstico psiquiátrico de Adela, “depresión melancólica simple” (HC-AHEVA, 1929), una decisión que, aún con visos científicos, representaba ser una suerte de sentencia, si consideramos que la internación duró 38 años. Ahora, si avanzamos más cuidadosamente, notamos que esta perspectiva que asimila el diagnóstico a un poder discrecional está amparada en una ventaja del presente que descuida la configuración de los procesos cognitivos y los saberes que estuvieron en juego en esa época. El buen estado físico de Adela, es decir la función normal de su cuerpo, definió que su lugar dentro del espacio institucional fuera distinto que el de sus padres, comprometidos orgánicamente. Fue destinada al aislamiento dentro del área asilo, espacio que al menos en principio habría estado dedicado a los crónicos incurables.

Las fojas de la historia clínica de 1929 y de 1930 reiteran la etiqueta “depresión melancólica simple” (HC-AHEVA, 1929), diagnóstico usual en el universo de clasificaciones nosográficas de la época, aunque también bastante discutido en la psiquiatría europea⁽²¹⁾. Además de otras cuestiones que se repiten invariablemente en las historias clínicas de mujeres, como las relativas a las irregularidades/regularidades menstruales, en ambas fechas, podemos trazar similitudes y diferencias destacables en el estado observado en la paciente y en los criterios médicos articulados por Fazio y Barrancos. Aunque no interesa cuestionar la adecuación clínica del diagnóstico de estos médicos, sus registros habilitan discusiones sobre cómo se produjeron sendas interpretaciones, las que a fin de cuentas habilitaron el diagnóstico de Adela, hito inicial de sus posteriores itinerarios de internación en la institución. Desde esta perspectiva, conjeturamos algunas tensiones y transformaciones que surcaron el saber/poder de estos psiquiatras durante el examen de los síntomas de la paciente, así como cuando procuraron explica-

ciones etiológicas de la enfermedad mental que entendían que padecía la joven.

Un primer mojón lo constituyen las marcas presentes en la semiología construida durante la primera internación de Adela en Oliva, rubricadas por el Dr. Fazio. En aquella fecha, sus expresiones se asociaron a términos relativamente especializados tales como “abulia”, “depresión” y “actitudes hipomaniacas”, fundados en una lectura de síntomas que, en la observación del psiquiatra, se resumieron a que al ingreso, la paciente se encontraba “...tranquila, orientada, deprimida, cuesta mucho arrancarle una contestación, parece temerosa, cohibida, regularmente instruida” (HC-AHEVA, 1929). La renuencia o incapacidad de Adela para responder al interrogatorio de ingreso realizado por Dr. Fazio creó las condiciones para que las versiones de su padre fueran una pieza indispensable de la valoración psiquiátrica. Posiblemente por ello, la anamnesis en cuestión fue muy escueta, registrando, por un lado, las impresiones de Fazio y, por otro, las declaraciones de Antonio, quien manifestaba que “Hace aproximadamente un año comenzó a notarla [a su hija] cambiada en sus modalidades, deprimida, llorosa” (HC-AHEVA, 1929).

La insistencia en el poder estratégico de la palabra de Antonio hace que destaquemos la utilización de la expresión “depresión”, cruzando los lindes académicos, término que Antonio posiblemente había incorporado por la larga trayectoria de su familia en instituciones psiquiátricas. De todas formas, no debemos confundir la importancia dada a la visión del padre con una significatividad otorgada a la palabra en sí misma. Este ingreso de Adela dio cuenta de la perduración en Oliva de estructuras y concepciones eminentemente tradicionales de corte anatómico-patológico, lo que se tradujo en la elaboración de una ficha craneométrica que detallaba la “morfología del cerebro”, como podemos observar en la Figura 2, en línea con un “modelo somático” propio de la psiquiatría positivista de comienzos del siglo XX⁽²²⁾. Desde esta dimensión fisiológica, el cuerpo aún vivo de Adela buscaba ser interrogado por Fazio como objeto de análisis de su alineación.

COLONIA REGIONAL MIXTO DE ALIENADOS
OLIVA (Prov. de Córdoba)

FICHA CRANEOMÉTRICA DE:

Fecha, *Nov 28 - 29* N.º *100*
Gutenberg - V. María

Circunferencia de la base	<i>54</i>
Curva antero posterior	<i>29</i>
Curva bi-auricular	<i>29</i>
Semi curva fronto bi-auricular	<i>27</i>
Semi curva occipito bi-auricular	<i>27</i>
Semi curva front. occipital izq.	<i>27</i>
Semi curva front. occipital derech.	<i>27</i>
Diámetro antero post máximo	<i>18</i>
Diámetro transverso máximo	<i>14</i>
Índice cefálico	<i>78</i>
Tipo cefálico	<i>Mesaticefalo</i>
Tamaño: forma de cráneo	<i>Mesicefalo</i>

Figura 2. Fotografía de ficha craneométrica de Adela.
Fuente: Historia clínica, Archivo Hospital Emilio Vidal Abal.

Lo expresado en el párrafo anterior, si bien parece verificar la idea de Navarraz⁽²³⁾ sobre unas nosografías argentinas que continuaban avalando hipótesis y utilizando herramientas centradas en causalidades orgánicas, este tipo de abordaje no impidió que unos días más tarde, fuera "...propuesta su alta", porque su "estado de depresión ha mejorado notablemente" (HC-AHEVA, 1929), lectura que implicaba la incorporación tácita de factores anímicos y volitivos.

En 1930, la recurrencia de síntomas se evidenciaba parcialmente. El registro efectuado en esa primera entrevista realizada a Adela, a cargo del Dr. Barrancos, se movió a partir de una narrativa mucho más "fenomenológica" de la conducta de la paciente, indicando que no mostraba señales visibles de desorientación o exaltación, se presentaba tranquila, temerosa, callada, bien orientada en espacio y tiempo, manifestando "...estar triste porque tiene muchas penas [...] contestando

a las preguntas sin retardo, con coherencia" (HC-AHEVA, 1929), tendencia que no se había observado el 20 de noviembre de 1929, cuando a Fazio le costaba "...mucho arrancarle una contestación" (HC-AHEVA, 1929).

Barrancos abrió la posibilidad de acercarse a Adela de una manera distinta a lo que había practicado su colega. Ciertamente, aunque no podemos concluir que la palabra de Adela tuviera un efecto sobre la interpretación médica, fue novedoso en este caso que la entrevista a la paciente se orientara a cuestiones tan sensibles como las referidas a "la necesidad de alejar al paciente de la familia". Si bien los vacíos y silencios en la historia clínica dificultan enormemente la posibilidad de comprender renglones de por sí escurridizos de la clínica psiquiátrica, no fue menor que Barrancos registrara la sospecha sobre la causa de internación de Adela: "no querer trabajar en casa" (HC-AHEVA, 1929). A pesar de que la experiencia de la joven no escapaba a los estereotipos de género, esto no induce a pensar que su condición de mujer habría representado la clave que explicaría su condición de enferma mental y su larga internación y muerte dentro de Oliva, tal como ha sugerido Sy⁽²⁴⁾ al estudiar las historias clínicas de mujeres migrantes alojadas en el hospital psiquiátrico de Lomas de Zamora para el mismo periodo que venimos abordando.

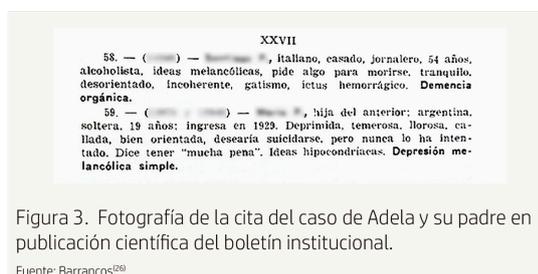
En cambio, fue patente el efecto que tuvo la porosidad del "saber ver" de Barrancos, permeable a las visiones y dichos de Roque, en detrimento de la palabra y subjetividad de Adela. Como había sucedido en noviembre del 1929, aunque por otras razones, las versiones del informante fueron decisivas al decir que Adela habría manifestado "...que desearía suicidarse (se envenenaría) pero nunca realizó tentativas" (HC-AHEVA, 1929). Desconocemos si existieron otros diálogos que no se plasmaron en los documentos correspondientes, pero nada indica que la ideación suicida fuera un tópico de conversación entre el médico y su paciente, a pesar de que tal asomo fuera crucial. Efectivamente, la gravedad de esta información fue perentoria, dado que las personas con intenciones suicidas eran especialmente conceptuadas como

un peligro para sí mismas, problemática que los psiquiatras de Oliva asociaban al imperio del Código Civil que, en su artículo 156, marcaba que el demente no sería privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o a otros⁽¹⁸⁾. Adela, para ese entonces ya había sido internada dos veces y nuevamente volvía a presentar certificados de alienación los que, si bien eran conceptuados como poco fiables, marcaban los límites legales entre los que se podían mover estos psiquiatras.

Las constricciones que venimos marcando representan una de las tantas facetas del alienismo y sus instituciones. El caso en análisis ofrece una mirada del manicomio y sus profesionales como un espacio y unos actores más complejos, destacándose su rol en la producción del saber⁽²⁵⁾. Solo así es entendible que, durante la década de 1930, la formación y producción académica de los psiquiatras de Oliva, ampliamente difundida a través de la publicación de su revista *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva* durante los años 1933-1942, sobreviniera en un foco de atención para los psiquiatras nacionales y extranjeros⁽⁹⁾, proceso que convivió inestablemente con aquel crítico panorama de recursos humanos y financieros que hemos apuntado. Estos asuntos también se vinculaban a búsquedas de construcción de legitimidad para la especialidad y su entorno de trabajo.

Las prácticas científicas del Dr. Barrancos convirtieron la enfermedad de Adela en un objeto de estudio privilegiado, integrándola como parte de una investigación, compuesta por una muestra de 82 casos de "padres e hijos" que estaban o habían estado internados en Oliva, a partir de los cuales se proponía sacar "conclusiones" sobre "el asunto de la herencia de las enfermedades mentales"⁽²⁶⁾ (Figura 3). Como hemos adelantando, la cuestión del alcoholismo y los "antecedentes hereditarios" de Adela fueron piezas destacadas en la estructura dedicada al ingreso de la paciente.

Tomando como referencia los modelos somáticos que imperaron en la psiquiatría



argentina hasta la década de 1920⁽²²⁾, de la cual Fazio fue un representante de caso, distintos renglones de la investigación de Barrancos sugieren la incorporación de algunas transformaciones en los modelos explicativos de las enfermedades mentales producidas en y para los alienados del asilo de Oliva. En términos generales, su aporte puede asociarse al tránsito hacia una concepción de enfermedad mental permeable a la injerencia de factores explicativos de tinte social, abandonando el determinismo positivista que aún se imponía en muchos psiquiátricos de la época⁽²²⁾.

Como el mismo médico hizo notar, en la clínica psiquiátrica lo que se "...hereda no es verdaderamente la enfermedad sino una predisposición" [y] "la predisposición, por sí sola no basta. Forzosamente, habrá que agregar la intervención de otros agentes, tóxicos, ambientales, infecciosos, etc."⁽²⁶⁾. Ahora bien, a pesar que para este psiquiatra "El enfermo es, en cierto modo, un reflejo del ambiente en que vive o ha vivido"⁽²⁶⁾, sus planteos no están abiertos a la incorporación de las corrientes psicodinámicas para las cuales los conflictos intrapsíquicos devenían en elementos explicativos fundamentales. En ese sentido, su referencia a Freud en alusión a las influencias de las condiciones externas que el alemán "...hace remontar a la edad infantil"⁽²⁶⁾, estaría abonando la idea de una imprecisa modernización de la psiquiatría argentina en transformación⁽²²⁾, permeable a incorporar "nuevos" modelos e hipótesis para entender el origen de ciertas enfermedades.

Asimismo, y a pesar de que su preocupación no estaba focalizada en Adela y en los otros enfermos de la muestra como sujetos de padecimientos, sino más bien en la enfermedad como entidad nosográfica, son de primer orden sus contribuciones en cuanto a reposicionar el rol del espacio social entre las causas de la enfermedad mental, junto a su insistencia en la necesidad y posibilidad de articular una profilaxis que, en sus términos, apareció vinculada a la internación temprana. En efecto, el peso de su trama argumentativa genera las condiciones para poner en cuestión la dominancia de un pesimismo terapéutico, que tanto ha avalado la historiografía sobre instituciones psiquiátricas. Aquella matriz que identificaba a los pacientes agudos con la posibilidad de cura y a los crónicos con la incurabilidad y su confinamiento al asilo y la asistencia social, estuvo sujeta a transformaciones a través del tiempo y a las distintas lecturas según los psiquiatras y sus influencias. En ese sentido podemos leer la contribución del Dr. Bringas Núñez⁽²⁷⁾, en 1941, sobre la relación entre ingresos y egresos en Oliva, en la que enfatizaba que las afecciones como las distímicas —que padecía Adela— no respondían necesariamente a "... procesos crónicos, aumentando las posibilidades de curación, en razón de que en tales condiciones la eficacia del tratamiento es mayor [y] en consecuencia los egresos crecen, disminuyendo entonces el pasivo"⁽²⁷⁾.

SABER HACER: LABORTERAPIA, CRONIFICACIÓN Y MUERTE

Si las ideaciones suicidas eran relevantes en el caso de Adela y, frente a ellas, la institución se erigía en el espacio indicado para cuidar a la paciente de sí misma, las dificultades del asilo de Oliva para vigilar esta situación no eran poco importantes. Resulta muy consistente la imagen que se desprende como consecuencia de la reorganización emprendida en Oliva para 1926, cuando a la división existente entre las áreas de hospital y asilo, se le sumó una redistribución de los siete psiquiatras que trabajaban allí, destinando seis a la atención de los casos agudos (hospital) quedando tan solo uno, el director, a cargo del área del asilo-colonia que albergaba por entonces a 2.400 alienados crónicos⁽²⁸⁾. Difícilmente esta situación nos devuelva una idea del poder de los alienistas sobre los cuerpos alojados en el asilo. Como apuntó Eraso, la proporción de médicos/alineados era "...en el año 1930, 1/452 y, en cuanto al personal de vigilancia diurno de 1/31 alienados y en los serenos de 1/97 alienados"⁽⁹⁾.

Fue tan decisiva la importancia otorgada a aquella matriz organizacional hospital/asilo-agudos/crónicos que, a partir de ella, se buscó leer todo el funcionamiento manicomial. De acuerdo a esto, el enfermo mental, especialmente "el crónico incurable", dirá Eraso⁽⁷⁾, se convirtió en el destinatario privilegiado del discurso psiquiátrico sobre el trabajo, y hacia la década de 1930, se concibe "...su posición no ya desde la concepción estrictamente psiquiátrica, sino desde la social-asistencial"⁽⁷⁾. En efecto, los discursos médicos de estos años avalan constantemente la necesidad de expandir la laborterapia por motivos de rédito material en un marco institucional fustigado, preocupación que presentaban en sus publicaciones científicas, como una respuesta útil y necesaria para afrontar la situación: "...existe solo un método que llena todas las exigencias médicas, sociales, económicas y éticas: la laborterapia aplicada con el doble criterio científico y administrativo"⁽²⁹⁾.

Si bien es innegable que, como sucedía en otros psiquiátricos de la época, la aplicación de la laborterapia operó como una respuesta a los insuficientes recursos disponibles para sostener a estas instituciones públicas^(7,25), ello no excluye que la laborterapia respondiera a una determinada concepción psiquiátrica. La historia clínica de Adela enseña el poliforme sentido que adquirió la internación y la terapia. No se podría poner en duda el valor económico del trabajo de Adela durante casi cuatro décadas, ni las constantes intervenciones sociales y asistenciales que fueron orientadas a sostener su estado de salud física general, consistentes básicamente en la administración de vacunación periódica, incluso de vitaminas, tratamientos dentales e internaciones varias y atención de coyunturas médicas por intoxicación con alimentos, picaduras de insectos, problemas digestivos, etc., (HC-AHEVA, 1929).

Sin embargo, dicha impronta no exceptuó cierto orden terapéutico en la asignación de tareas ocupacionales para Adela, que coincidían al menos en parte con debates disciplinarios que ocupaban la agenda de la psiquiatría en materia de tratamiento de enfermos mentales asilados^(29,30,31). En ese sentido, en la historia clínica observamos numerosos desplazamientos institucionales acompañados de cambios en las asignaciones ocupacionales, que respondieron a una idea compatible con el principio de complejización progresiva de las tareas, claro que de acuerdo al estado mental que fue mostrando la paciente.

Advertimos una secuencia tanto a nivel de sus traslados espaciales en las villas de la sección del asilo, como así también en cuanto a las tareas laborales que desarrolló. Tales series se inician con su desplazamiento a villas próximas al hospital –como Villa 13 (año 1930), Villa 16 (año 1946), Villa 14 (año 1961) en las que se desempeñara como mucama y como serena, seguido de desplazamientos a villas más lejanas –Villa 19 (año 1961), Villa 20 (año 1955), Villa 21 (años 1931, 1956, 1959, 1966)–, en las cuales las actividades labores exigían una mayor autonomía y estabilidad de Adela, y en las que se desempeñó en la verdulería, como mucama

en el laboratorio de rayos X y otros talleres laborales específicos (HC-AHEVA, 1929).

También las publicaciones científicas sobre la laborterapia, difundidas desde el *Boletín* de Oliva avanzaron hacia un marco más científico y técnico que filantrópico. Sin desvincularse completamente de los fundamentos del tratamiento moral focalizado en el orden manicomial y la disciplina, los aportes locales discutieron e integraron postulados de nuevas orientaciones de profilaxis mental, como los anclados en el método que evitaba el derrumbe de la personalidad, aggiornándose con nuevas herramientas⁽²⁹⁾. Una de ellas fue la terapia familiar, entendida como el trabajo del alienado en casa de familias de médicos de Oliva, de la que Adela también formó parte en repetidas oportunidades (años 1944, 1945 y 1959).

A mediados de la década de 1930, desde el *Boletín* institucional se fue prestando especial atención al afianzamiento de un discurso psiquiátrico centrado en la renovación de la terapéutica por el trabajo. Nos referimos a los desarrollos del Dr. Simon Hermann, psiquiatra somaticista alemán, que ensayó su método de praxiterapia con crónicos, volviendo a colocar el trabajo en el centro de la organización manicomial, a partir de insistir en la relevancia de la adaptación del paciente al medio institucional laboral y ofrecer una gran variedad de ocupaciones a asignar de manera progresiva, según nivel de complejidad creciente⁽³²⁾. Recordemos que el “tratamiento moral” ocupaba un lugar secundario tras su fracaso en Europa, cuando los propios creadores del alienismo tuvieron que enfrentar problemas para aplicarlos, como consecuencia de la realidad de los espacios de reclusión⁽³³⁾.

De todas formas, los esfuerzos de teorización de los psiquiatras de Oliva no estuvieron exentos de críticas por parte de alienistas latinoamericanos, algunos de los cuales, como el Dr. Hernani Lopez (Brasil), ponían en duda que en Oliva se aplicara adecuadamente las concepciones terapéuticas en boga⁽³⁴⁾. Tal como respondió el Dr. Ferrer, estas críticas no parecieron desmesuradas ya que, según se admitió, los límites vernáculos respondían a razones de distinto orden “...falta de personal suficiente,

falta de recursos para la instalación de talleres de rendimiento exiguo, modalidades raciales, nivel cultural del tipo de población que ingresa, ausencia de gabinetes psicotécnicos, escaso número de médicos, etc.”⁽²⁹⁾.

De hecho, al contextualizar los ingentes resultados que acompañaron su tratamiento –si es que consideramos que el éxito se identifica con el alta médica que, como sabemos, nunca llegó– dos asuntos atravesaban la internación de Adela. Por una parte, los múltiples obstáculos que jalaban las prácticas médicas, cuestión agravada a partir de los años en que la paciente ingresó, dado el engrosamiento progresivo de alienados crónicos provenientes de los hospicios de Buenos Aires⁽¹⁰⁾. Por otra, las particularidades del caso en análisis otorgaron un tono característico a la propia experiencia terapéutica: el registro de distintos comportamientos, leídos como síntomas –agitación, desorientación y delirio– fueron recortando las posibilidades de proponer el alta, habilitando otros tratamientos como la administración de bromuro e hidroterapia, terapias que si bien se aplicaron en este caso en la década de 1940, su uso en el entorno científico había sido desplazado tiempo antes como lo indican reconocidos análisis del alienismo argentino⁽¹⁰⁾.

Las marcas del deterioro físico y psicológico de Adela comenzaron a parecer irreversibles a partir de la década de 1950. Desde ese momento se registraban las huellas de su “desocialización” e institucionalización/cronificación, en un proceso que fue desde “No desea volver a su hogar” (1951), “no desea irse de alta” (1965), “no recibe ninguna comunicación de la familia [y] se presume que ya no tiene a nadie que se interese por ella” (1965), adaptada al ambiente (1967), náuseas y vómitos (1969), y finalmente su muerte por un infarto dos meses más tarde (HC-AHEVA, 1929).

CONSIDERACIONES FINALES

El prolongado tiempo que duró el aislamiento de Adela en el asilo de Oliva da fuerza a

aquellas lecturas que interpretaron el funcionamiento manicomial, enfatizando su carácter custodial, ligado a la preeminencia de la asistencia social del alienado crónico y la ineficacia terapéutica de la psiquiatría alienista. Ciertamente, Adela en sus más de tres décadas de internación fue objeto privilegiado de cuidados de tipo social, acompañados por breves intervenciones en el hospital. Claro que estas prácticas constituyeron solo una faceta de las múltiples experiencias que encerró Oliva, vistas desde el caso de Adela.

El análisis de las historias clínicas y de distintos artículos publicados en el *Boletín* institucional han descubierto cómo los psiquiatras fueron productores de saber, en parte envueltos en un compromiso científico y en parte movilizados por legitimar una profesión puesta en cuestión. Destacamos las posiciones e influencias teóricas del Dr. Barrancos en un contexto de transformaciones en los modelos deterministas de explicación de las enfermedades mentales y su abordaje. Aunque estas investigaciones recrearon el tradicional interés alienista por los asuntos etiológicos sobre los semiológicos, sus aportes abrieron asuntos de primer orden, como los referidos al valor de la internación temprana y la entidad de los factores sociales como causa de los trastornos mentales.

Asimismo, la observación de una praxis clínica concreta evidenció la porosidad del conocimiento especializado, identificando cómo las miradas y versiones de la familia y los allegados permearon decisiones médicas cruciales para la trayectoria de nuestra

paciente. En el caso de Adela, la influencia de los informantes externos no se redujo a una experiencia excepcional. Las situaciones y conflictos familiares que enmarcaron su ingreso e internamiento y su vulnerabilidad como joven mujer exhiben rasgos comunes a la sociedad de su época, asuntos que habrían estado exacerbados en la historia de una familia desintegrada en sus vínculos y afectada por el alcoholismo y la precariedad socioeconómica de su padre inmigrante. A esta altura no resulta excesivo pensar a Oliva como espacio de refugio y supervivencia. De todas maneras, sin restarle importancia al sufrimiento de Adela, los escasos recursos financieros y humanos con los que contaba la institución no habrían posibilitado que el ambiente de asilo se convirtiera en un lugar de vigilancia y disciplina contante, como se prefiere ver desde los enfoques del control.

Lo anterior no nos impide suponer que la aplicación de la laborterapia fuera un engranaje de financiamiento institucional. Sin embargo, la historia clínica de Adela expone que la aplicación de esa terapia respondió a cierto orden con criterio científico. La población de alienados crónicos, y entre ellos nuestra paciente, no permanecieron en una zona de olvido e invisibilidad. La laborterapia habilitó un genuino espacio de reflexión y discusión académica, la cual visibilizó señeros cuestionamientos sobre el rol y las posibilidades del alienista, sino de "curar", al menos de "tratar", buscando recuperar la enfermedad mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novick S. Población y Estado en Argentina de 1930 a 1943: Análisis de los discursos de algunos actores sociales: industriales, militares, obreros y profesionales de la salud. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 2008;23(2):333-373. doi: 10.24201/edu.v23i2.1314.
2. Rapoport M. Mitos, etapas y crisis en la economía argentina. *Nación-Región-Provincia en Argentina*. 2007;(1):9-28.
3. Rocchi F. El péndulo de la riqueza: la economía argentina en el período 1880-1916. En: Mirra ZL, (dir.). *Nueva Historia Argentina: El progreso, la modernización y sus límites, 1880-1916*. Buenos Aires: Sudamericana; 2000. p. 15-69.
4. Ferrari F. De la locura a la enfermedad mental, Córdoba, 1758-1930: una historia cultural sobre los discursos y prácticas médicas sobre la locura. Córdoba: Alethéa Clío; 2016.
5. Falcone R. Genealogía de la locura: Discursos y prácticas de la alienación mental en el positivismo argentino (1880-1930). Buenos Aires: Letra Viva; 2012.
6. Vezzetti H. La locura en la Argentina. Buenos Aires: Folios Ediciones; 1983.
7. Eraso Y. 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*. 2002;(5):33-63.
8. Iacoponi L. El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door. *Alcmeon*. 1999;7(4):5-14.
9. Eraso Y, Agüeros N. Trabajo alienado: Aportes para la comprensión del trabajo de los enfermos mentales en una institución psiquiátrica pública: Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva, 1914-1934. Córdoba: Escuela de Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba; 1999.
10. Ablard J. *Madness in Buenos Aires: Patients, psychiatrists, and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary: University of Calgary Press; 2008.
11. Vanadia LN. Miradas del Hospital Asilo de Oliva, durante la primera mitad del siglo XX: algunas reflexiones teórico metodológicas para su análisis histórico. *Revista de Salud Pública*. 2017;21(3):82-87. doi: 10.31052/1853.1180.v21.n3.18894.
12. Sacristán C. Curar y custodiar: La cronicidad en el Manicomio La Castañeda Ciudad de México, 1910-1968. *Asclepio*. 2017;69(2):193-207. doi: 10.3989/asclepio.2017.16.
13. Venancio A, Saiol J. El Hospicio Nacional de Alienados en la prensa de Río de Janeiro (1903-1911). *Asclepio*. 2017;69(2):190-201. doi: 10.3989/asclepio.2017.13
14. Gauchet M. De de Pinel a Freud. En: Swain G. *Le sujet de la folie: Naissance de la psychiatrie*. Paris: Calmann Lévy; 1997.
15. Stagnaro J. Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Frenia*. 2006;6:7-37.
16. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio: una historia por contar. *Cuicuilco*. 2009;16(45):163-189.
17. Huertas R. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría*. 2001;1(2):7-37.
18. Cubas M. Los certificados médicos de alienación mental. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*. 1935;3(7):35-45.
19. Giordano V. (Doble) moral sexual y derechos civiles de las mujeres, 1888-2010. En: Barrancos D, Guy D, Valobra A. *Moralidades y comportamientos sexuales: Argentina, 1880-2011*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2014.
20. Dovio M. La "mala vida" y el Servicio de Observación de Alienados (SOA) en la revista *Archivos de PCMLyCA (1902-1913)*. *Sociológica*. 2011;26(74):79-108.
21. Berrios G. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: Fondo de Cultura Económica; 2013.
22. Falcone R. Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis: Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). *Anuario de Investigaciones*. 2013;20.
23. Navarlaz VE. La hipótesis de la degeneración en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y la Colonia Dr. Cabred entre los años 1900 y 1930. *Anuario de Investigaciones*. 2009;16:183-191.
24. Sy A. Mujeres, migrantes y "locas": Trayectorias de internación psiquiátrica entre 1895 y 1940 en Argentina. *TraHs, Trayectorias Humanas Transcontinentales*. 2018;(3):5-19. doi: 10.25965/trahs.754.

25. Campos Marín RA, Huertas R. 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*. 2008;184(731):471-480. doi: 10.3989/arbor.2008.i731.197
26. Barrancos A. Padres e hijos alienados. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*. 1935;3(10):288.
27. Bringas Núñez E. Bases para la creación de un establecimiento provincial para alienados en Córdoba. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*. 1941;9(39):271-290.
28. Vidal Abal E. El Asilo de Oliva. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*. 1933;(1):5-12.
29. Ferrer C. Nuevas consideraciones sobre el trabajo en los alienados. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*. 1934;(4):77-91.
30. Vidal Abal E. Sobre la asistencia al alienado. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*. 1935;3(8):95-98.
31. Hernández Ramirez R. El trabajo como terapéutica de la locura. *Boletín del Asilo de Alienados de Oliva*. 1934;(5):194-200.
32. Simon H. El tratamiento ocupacional en los enfermos mentales. Barcelona: Salvat; 1937.
33. Huertas R. Del manicomio a la salud mental: Para una historia de la psiquiatría pública. Madrid: FISS; 1992
34. Lopez H. Algunos comentarios sobre la labor-terapia del Hospital de Oliva. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. 1933;6(4):316-324.

FORMA DE CITAR

Vanadía LN, Rodríguez ML. El saber ver y el saber hacer en el hospital-asilo de Oliva (1914-1950): el caso Adela. *Salud Colectiva*. 2019;15:e2211. doi: 10.18294/sc.2019.2211.

Recibido: 1 de marzo de 2019 | Versión final: 12 de julio de 2019 | Aprobado: 16 de julio de 2019



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2019.2211>