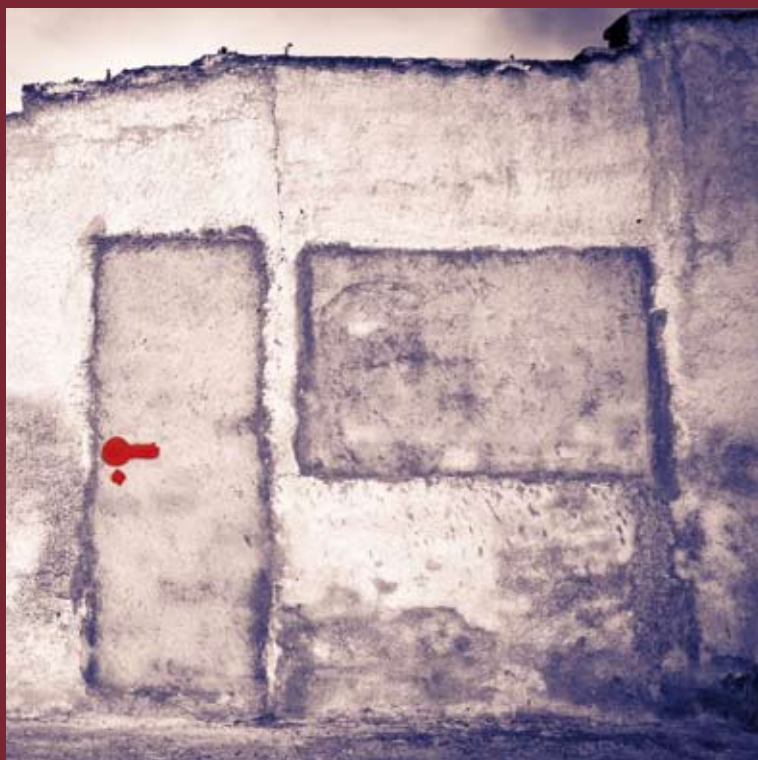


**V**ERTEX  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA  
98



HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA  
EN AMÉRICA LATINA

*Casarotti / Conti / Pereira Cassilia / Sacristán / Stagnaro / Venancio*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXII - Nº 98 Julio - Agosto 2011 - ISSN 0327-6139

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**

## Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetkovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Baremlit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôi, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

## Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

## Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

## Corresponsales en el Exterior

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilos Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

## Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXII Nro. 98 JULIO-AGOSTO 2011

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

\* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:  
VERTEX, Moreno 1785, piso 5  
(1093), Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181  
E-mail: editorial@polemos.com.ar  
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia  
Informes y Suscripciones  
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,  
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22  
Fax.: (33-1) 43.43.24.64  
E.mail: wintreb@easynet.fr

Diseño  
Marisa G. Henry  
marisaghenry@gmail.com  
Impreso en:  
Sol Print SRL,  
Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

## SUMARIO

VERTEX  
*Revista Argentina de  
Psiquiatría*

Aparición  
Bimestral

Indizada en el  
acopio bibliográfico  
*"Literatura  
Latinoamericana en  
Ciencias de la  
Salud" (LILACS), SCIELO y  
MEDLINE.*

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa*

*"El inconsciente"*

Artista: Sofía Trobbiani\*

Técnica: división de tono combinada  
con retoque digital  
30 cm x 40 cm

e-mail: [sofiatrobiani@yahoo.com.ar](mailto:sofiatrobiani@yahoo.com.ar)

\* Técnica en Fotografía profesional,  
egresada en Nueva Escuela de diseño y  
comunicación

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

#### • Familiares de personas con Trastorno

#### Límite de la Personalidad:

#### estudio pre-experimental de una intervención grupal

Pilar Regalado, Carola Pechon, Corrine Stoewsand,  
Pablo Gagliesi

pág. 245

#### • Tratamientos de la depresión en la niñez y adolescencia basados en la evidencia

Eduardo L. Bunge, Gabriela Carrea,  
Mar Tosas de Molina, Natalie Soto

pág. 253

#### • Síntomas negativos en pacientes con trastornos psiquiátricos no esquizofrénicos

Vicente F. Donnoli, María Valeria Moroni, Diego Cohen,  
Liliana Chisari Rocha, María Marieta,  
Tomás Sepich Dalmeida, Matías Bonani,  
Luciana D'Alessia

pág. 262

### DOSSIER

#### HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN AMÉRICA LATINA

#### • El positivismo en Argentina y su proyección en Latinoamérica

Norberto Aldo Conti

pág. 271

#### • Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina

Juan Carlos Stagnaro

pág. 281

#### • Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay

Humberto Casarotti

pág. 296

#### • Historia de la asistencia psiquiátrica en Brasil: el caso de la Colonia Juliano Moreira (1940-1954)

Ana Teresa A. Venancio,  
Janis Alessandra Pereira Cassilia

pág. 307

#### • Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)

Cristina Sacristán

pág. 314

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

#### • Revista de la APAL

Dr. Guillermo Dávila

pág. 318

**EDITORIAL**

**E**

*l Dossier de este número de Vertex está dedicado a la historia de la psiquiatría latinoamericana. Los vientos que corren en nuestro continente invitan a visitar raíces y tradiciones que nos son caras y obligan a reflexionar sobre los antecedentes que tiene nuestra especialidad en el largo siglo de su existencia en estos lugares del mundo. Particularmente, cuando se realiza por primera vez en nuestro país un multitudinario*

*Congreso Mundial de Psiquiatría -al que le dedicaremos un próximo Dossier- cuyo lema es "Nuestro legado y nuestro futuro".*

*Entre las muchas reflexiones que cabe hacer sobre las tradiciones de la psiquiatría argentina hay una que merece particular atención de cara a los próximos años y que debe instruir sobre los balances y proyectos que nos ocupan a los profesionales de la Salud Mental en el presente: los psiquiatras argentinos siempre estuvieron a la vanguardia de las innovaciones y transformaciones de la asistencia de los enfermos mentales en nuestro país, en todos sus aspectos.*

*En efecto, desde que Lucio Meléndez, primer profesor de la cátedra de Enfermedades Mentales y primer director del Hospicio de las Mercedes, iniciara su labor pionera humanizando el tratamiento de los pacientes en Buenos Aires, e introduciendo los primeros métodos terapéuticos y de rehabilitación, una larga lista de recordados maestros de la especialidad fue jalonando con sus prácticas el recorrido que la especialidad ha realizado hasta hoy.*

*Fue así como Domingo Cabred desarrolló el sistema del Open door, fundó hospitales especializados, modelo en su época, y puso en marcha las campañas contra el alcoholismo; que Cristofredo Jacob, Braulio Moyano, José T. Borda y sus discípulos, incursionaron en la investigación mundialmente reconocida de trastornos neuropsiquiátricos; que Bosch y sus colegas introdujeron muy tempranamente la Liga Argentina de Higiene Mental para propender al mejoramiento de la asistencia, la prevención y la rehabilitación de los enfermos mentales. En esa época Lanfranco Ciampi fundó la primera cátedra en el mundo y su servicio clínico anexo de psiquiatría infantil en la ciudad de Rosario, dando lugar al nacimiento de esa sub-especialidad, la cual se desarrolló con el impulso de Carolina Tobar García y Telma Reca. Contemporáneamente, Alejandro Korn, llevó adelante la transformación de la asistencia en el hospital de Melchor Romero.*

*Empieza en la década del '40 del siglo pasado la gran producción teórica de Enrique Pichon Rivière creador de los grupos operativos y muchas otras iniciativas en el campo de la psicología social, y se funda la Asociación Psicoanalítica Argentina.*

*En la década del '50 se inició el modelo de la atención psiquiátrica en un hospital general con la experiencia dirigida por Mauricio Goldenberg en el hospital "Gregorio Aráoz Alfaro" de la localidad de Lanús. En los años siguientes fue el turno de las experiencias comunitarias, los hospitales de día y las comunidades terapéuticas que se extendieron en todo el país y en las que los psiquiatras, convocantes del trabajo en equipo con los psicólogos y otros profesionales del campo de la Salud Mental, desarrollaron una comprometida tarea haciéndose blanco del Terrorismo de Estado de la dictadura iniciada en marzo de 1976.*

*Todas esas experiencias marcaron todos los hitos de progreso y mejora de la atención en psiquiatría y en el campo de la Salud Mental en la Argentina. En su concepción, su organización y ejecución los psiquiatras argentinos empeñaron sus mejores esfuerzos. Es bueno tenerlo presente al hacer balances y proponer reformas ■*

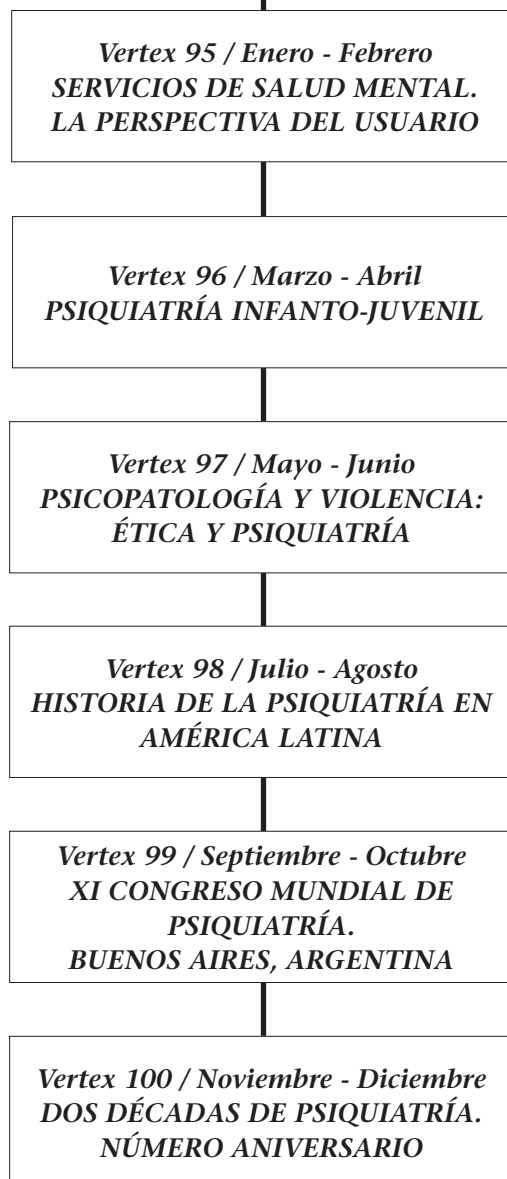
## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

## MÉTODO DE ARBITRAJE

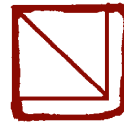
Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

## TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2011





*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal

**Pilar Regalado**

*Psicóloga Clínica. Coordinadora de Investigación de la Fundación Foro para la Salud Mental  
E-mail: reapilar@gmail.com*

**Carola Pechon**

*Psicóloga y docente de la Fundación Foro para la Salud Mental*

**Corrine Stoewsand**

*Ph. D. Profesora de la Fundación Foro para la Salud Mental*

**Pablo Gagliesi**

*Médico Psiquiatra. Director y docente de la Fundación Foro para la Salud Mental*

---

## Resumen

El presente estudio evalúa una intervención grupal estandarizada para familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad o con severa desregulación emocional, conductas impulsivas y conflicto interpersonal, según indicado por los participantes del estudio. La intervención de 12 sesiones incluye psicoeducación, estrategias terapéuticas y entrenamiento en habilidades basadas en la Terapia Dialéctica Comportamental. El análisis se realizó en dos fases, antes y después de la intervención. En la primera fase, estadísticos descriptivos muestran un alto grado de sobrecarga e intenso malestar psicológico en los participantes ( $n = 42$ ). Se encontraron diferencias significativas en el grado de sobrecarga, malestar psicológico y conflicto familiar en los participantes cuyos familiares habían tenido internaciones e intentos de suicidio. En la segunda fase, con análisis de medidas repetidas, se encontró que los participantes que completaron la intervención mostraron una reducción en el nivel de sobrecarga, malestar psicológico y síntomas somáticos. Los hallazgos del análisis revelaron ser de gran utilidad para diseñar estudios de eficacia de intervenciones para esta población poco estudiada. El estudio es un paso preliminar exploratorio hacia diseñar un futuro estudio de eficacia. Se discute sobre los factores psicológicos que deberían ser tomados en cuenta en el diseño y control de una investigación experimental.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad - Desregulación emocional - Familiares de Trastorno Límite de la Personalidad - Intervención grupal - Terapia Dialéctica Comportamental.

FAMILY RELATIVES OF PERSONS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A PRE-EXPERIMENTAL STUDY OF A GROUP INTERVENTION

## Summary

The present study evaluates a standardized group intervention for individuals with a family relative diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) or suffering from severe emotional dysregulation, impulsive behavior, and interpersonal conflict, as reported by the participants of the study. This study is a preliminary exploratory step toward a future efficacy study. The intervention is based on Dialectical Behavioral Therapy and is structured as a 12-week program that introduces participants to psychoeducation, therapeutic strategies and training skills. An analysis of the degree of caretaker burden and psychological distress among participants was conducted in two phases –before and after the 12-week program. In the first phase, descriptive statistics present a sample of family relatives ( $n = 42$ ) with a high degree of caretaker burden and intense psychological distress. There were significantly higher rates of burden, distress, and family conflict among the subjects whose family relatives had previous suicide attempts and hospitalizations. Subjects who completed the intervention experienced a reduction in level of burden, psychological distress and somatic symptoms. The findings are useful for designing group interventions for relatives of individuals with borderline personality disorder, and efficacy studies to evaluate them. More is discussed on the psychological factors to be considered for experimental research in this population.

**Key words:** Borderline Personality Disorder - Emotional Dysregulation - Family relatives - Group intervention - Dialectical Behavioral Therapy.

## Introducción

La vida de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se ve regularmente afectada por crisis que resultan en consultas médicas, tratamientos, medicaciones e incluso internaciones. A largo plazo, estas personas requieren tratamientos prolongados y más medicación que otros trastornos de la personalidad (23). Esta situación acciona en detrimento de las relaciones interpersonales de las personas afectadas con este trastorno, repercutiendo principalmente en los familiares y allegados (1). Se presume que las relaciones interpersonales son inicialmente afectadas por la desinformación y/o desconocimiento sobre el trastorno y su diagnóstico y, posteriormente, por la falta de habilidades para relacionarse asertivamente con personas con TLP.

Algunos estudios etiológicos sugieren que existen asociaciones entre la estructura de la familia y la predisposición de sus integrantes a desarrollar y mantener TLP (10, 15, 17).

Así, algunas investigaciones revelaron que familiares de pacientes con TLP muestran mayores índices de estrés crónico y estrés traumático, trastornos depresivos y sobrecarga en comparación a la población normal (13). Incluso, se han detectado asociaciones entre la psicopatología presente en los padres y la gravedad del TLP de los hijos/as (22). Recientemente, se encontró que la presencia de psicopatología, tanto del eje I como del eje II en los padres, particularmente trastornos afectivos y del control de impulsos, son factores contribuyentes al TLP de los hijos/as (27). Una fuente importante de desregulación emocional en los individuos con TLP es la conflictividad de sus relaciones interpersonales. Es importante tomar en cuenta que el desconocimiento acerca de conductas complejas de pacientes con TLP puede resultar en conductas inapropiadas y dañinas por parte de los familiares. La inestabilidad que genera una dinámica familiar afectada en sus relaciones interpersonales, probablemente sea tanto causa como consecuencia de la inestabilidad emocional y psicológica de las personas con TLP. La necesidad de incluir a los familiares en el tratamiento ha sido señalada desde distintos abordajes teóricos e investigaciones científicas (13, 17, 26). Sin embargo, las intervenciones dirigidas a familiares de personas con TLP no han logrado demostrar si ayudan a la persona que padece el trastorno y, en dado caso, en qué aspecto.

La literatura científica ha destacado la ausencia de programas eficaces estandarizados para familiares de personas con TLP (14, 15). Si bien se ha reportado sobre intervenciones familiares en esquizofrenia (19) y trastornos bipolares (20), aún son escasos los estudios empíricos sobre programas para familiares de personas con TLP (11, 22). El presente estudio intenta dar un primer paso hacia resolver dichos interrogantes.

## Objetivos

El objetivo general del estudio fue llevar a cabo una evaluación pre-experimental de una intervención grupal estandarizada para familiares de personas con TLP. En esta etapa preliminar se exploró qué sintomatología de malestar psicológico presenta este tipo de población y se analizó si la intervención grupal los reduce. Por lo tanto, se pretendió obtener una muestra de familiares de personas con TLP para: 1) explorar el perfil psicopatológico y detectar los síntomas que se asocian específicamente con el TLP de sus familiares; 2) llevar a cabo la intervención grupal con dicha muestra y 3) analizar si existe una reducción en los síntomas después de la intervención.

## Método

Se trata de una investigación exploratoria diseñada para ser analizada en dos fases. En la primera, se realizó un análisis descriptivo de una muestra de familiares de personas con severa desregulación emocional, conductas impulsivas y conflicto interpersonal, que acudieron a un centro de salud mental<sup>1</sup> para participar en un taller de grupo de familiares de personas con TLP. En esta instancia, antes de la intervención, se evaluó el nivel de sobrecarga del cuidador, malestar psicológico y diversos síntomas psicopatológicos. Se exploraron diferencias en la gravedad de los síntomas en función de la presencia de intentos de suicidio e internaciones de la persona con TLP, la convivencia y grado de conflictividad en la relación familiar. En la segunda fase, se empleó un diseño pre-experimental de medidas pre y post de grupo. De tal forma fue posible realizar un análisis de medidas repetidas en el cual se tomaron en cuenta los datos de quienes completaron las evaluaciones previas y posteriores a la intervención grupal.

## Participantes

Fueron evaluados con su consentimiento 42 familiares de personas con TLP. La muestra se recolectó incidentalmente de tres grupos a lo largo de tres cuatrimestres entre el año 2009 y 2010. Los participantes acudieron al centro por recomendación de algún profesional o por propia búsqueda de tratamientos relacionados con el trastorno. La media de edad de la muestra es de 53,7 años (*d.t.* = 11,8), el 58,1% mujeres y 41,9% hombres. Principalmente se trata de personas casadas o en pareja (65,1%), algunos divorciados o separados (21%), solteros (9,3%) o viudos (4,7%). El 41,9% son profesionales, el 37,2% empleados de comercio, y el resto empresarios/as (7%), amas de casa (9,3%) y un estudiante (2,3%). La mayoría con nivel de estudios terciario (69,7%), los demás secundario (28%) y primario (2,3%). El 72,8% con residencia en la Capital Federal y el resto (27,2%) en provincia. El 92,5% de participantes era la madre o padre de la persona con TLP, en menos

<sup>1</sup> Fundación Foro para la Salud Mental.

casos se trataba de la pareja (2,5%) u otro familiar (5%). El 50% convive con el afectado en el mismo hogar. El grado de conflicto entre la familia y la persona con TLP resultó ser percibido por los familiares de “regular” a “alto” (*media* = 3,3; *d.t.*=1,09; con escala Likert de 0, muy bajo a 5, muy alto). Los participantes indicaron que los problemas que más les generan preocupación sobre sus familiares son la inestabilidad emocional (al 76,7% de la muestra), conductas impulsivas (60%), conductas “manipuladoras” (53,3%), inestabilidad en las relaciones (53,3%), trastornos alimentarios (30%), autolesiones (30%), violencia (23,3%), abuso de sustancias y suicidio (20%).

Los participantes dieron información sobre las personas con TLP, sus familiares, por los cuales acudieron al taller. Se trata de 30 personas con TLP, mayoritariamente mujeres (93,3%), con una *media* de edad de 26,6 años (*d.t.* = 8,2). El 56,7% tiene estudios secundarios y el resto universitarios. A pesar de que menos de la mitad conocen su diagnóstico (48%) la gran mayoría se encuentra en tratamiento (92%), ya sea psicológico (20%) o psiquiátrico únicamente (8%), psiquiátrico y psicológico (24%), complementario psicológico-psiquiátrico individual y grupal (36%) y algunos pocos en tratamiento alternativo (4%). Aproximadamente la mitad ha sido internado una o más veces (58,6%) y ha intentado suicidarse por lo menos una vez (41,4%).

## Procedimiento

Se evaluó, previa y posteriormente a la participación en el taller, el grado de sobrecarga del cuidador, malestar psicológico y otros síntomas psicopatológicos en familiares de personas con TLP. Durante la primera sesión se invitó a los integrantes del grupo a ser parte del estudio, explicando el objetivo y procedimiento y su carácter voluntario. Todos los participantes otorgaron su consentimiento para su inclusión en el mismo. Posteriormente se les entregó una batería de evaluación compuesta por una encuesta inicial, el *Inventario de Sobrecarga del Cuidador* (28) y el *Symptom Checklist* (SCL-90R) (7).

## Instrumentos

*Inventario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit* (28).

Evalúa el grado de sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes con alguna patología, en este caso TLP. Está compuesto por 22 ítems que se puntúan con escala Likert (0, nunca - 4, siempre). Se obtiene un índice único de sobrecarga con un máximo total de 88 puntos. Inicialmente se delimitaron 4 rangos de grado de sobrecarga: nula, leve, moderada o severa (29). Más adelante se estableció un punto de corte estadísticamente válido (23) ubicado en una puntuación de 24, indicativa de presencia de sobrecarga. Las propiedades psicométricas de validez de constructo y validez de concepto son sólidas. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86 (29). Se utilizó

la versión adaptada al castellano la cual ha mostrado tener un índice de confiabilidad de 0,90, una validez de constructo de  $r = 0,68$  y validez concurrente de  $r = 0,70$  (3, 21).

*Symptom Checklist* (SCL-90R) (7)

Evalúa patrones de síntomas de malestar psicológico. Está compuesto por 90 ítems con escala Likert (0, nada - 4, mucho). La evaluación general se obtiene a partir de tres índices generales: 1) *Índice global de severidad* (IGS): indicador del nivel de gravedad del malestar psicológico en general, el *Índice positivo de malestar*, 2) (PSDD): mide la intensidad de los síntomas percibida por el evaluado, y 3) *Total de síntomas positivos* (PST): calcula el número total de síntomas presentes independientemente de su intensidad. Las subescalas son 9 dimensiones que evalúan síntomas de somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. La escala puede ser aplicada en población general y población clínica. Es de gran utilidad ya que permite analizar la psicopatología del sujeto en tres niveles jerárquicos de complejidad: nivel *global*, nivel *dimensional* y nivel *sintomático*.

Se utilizó la versión adaptada al castellano de Casullo (4). Las propiedades psicométricas del SCL-90-R han mostrado ser estables en diferentes estudios. La *fiabilidad* de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a  $r = 0,70$  en la mayoría de los estudios de habilidad test-retest y en torno a 0,80 en los análisis de consistencia interna (12). Para situar el valor de las medias de la muestra del presente estudio se utilizaron los valores promedio y de dispersión obtenidos del estudio de validación en Argentina (4), cuyos baremos utilizamos para determinar la significación clínica de nuestros resultados. La significación clínica se calculó con puntuaciones T (escala de puntaje estándar con  $m = 50$ ;  $d.t.$ =10). Una puntuación T mayor a 50 corresponde a un grado “leve a moderado” de los síntomas, mayor a 63 representa un grado “indicador de riesgo” y superior a 75 indica “patología severa”.

*Encuesta Inicial*

La encuesta fue elaborada *ad hoc* para la intervención del taller. Recoge información sobre características socio-demográficas del participante del grupo, del familiar con TLP y de algunas características del trastorno.

*Intervención grupal*

El taller “*Grupo de Habilidades para Familiares y Allegados de personas con Trastorno Límite de la Personalidad*” está diseñado en base a la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT-Dialectical Behavioral Therapy) de Marsha Linehan (17, 18). Consiste en 12 sesiones estructuradas, de 2 horas aproximadamente, impartidas semanalmente por dos psicoterapeu-



tas con entrenamiento en DBT. Al inicio del taller los participantes reciben el *Manual de Desorden Límite* (8) como lectura inicial y el cuadernillo *Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados de Personas con Desorden de la Regulación de las Emociones* (9) que sirve de guía a lo largo del programa. El taller tiene como objetivo entrenar a los familiares de personas con TLP en psicoeducación, estrategias terapéuticas y entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Comportamental. Se imparte a través de 10 módulos de contenido: relaciones interpersonales, validación, temas básicos de psicología conductual, estrategias de compromiso, solución de problemas, límites personales, tolerancia al malestar, afrontamiento de conductas de riesgo, aceptación radical y dialécticas.

## Resultados

Los resultados se presentan en tres secciones. En la primera sección figura el análisis descriptivo al inicio de la intervención grupal. Se describe la caracterización de la muestra, el grado de sobrecarga, los síntomas psicopatológicos evaluados y el malestar psicológico global. En la segunda sección se explican las diferencias en la gravedad de los síntomas en función de algunas características de la persona con TLP. En la última sección, se presentan los datos obtenidos de la evaluación final y la valoración de la intervención grupal con medidas pre-post. El nivel de significancia estadística se estableció en  $p < 0,05$ . Se emplearon pruebas no paramétricas para el análisis con el programa SPSS versión 16.0.

## Estadísticos descriptivos

En la evaluación inicial, el 95,3% de la muestra ( $n = 42$ ) presentó algún grado de sobrecarga. En concreto, el 46,5% sobrecarga leve, el 39,5% sobrecarga moderada y el 9,3% sobrecarga intensa. En términos generales, la media ( $m$ ) se situó por encima del punto de corte establecido (24 puntos) ( $m = 39,7$ ;  $d.t. = 13,9$ ). De las diez dimensiones de síntomas algunas alcanzaron relevancia clínica. Las puntuaciones medias para los síntomas de *Sensitividad Interpersonal* ( $m = 0,85$ ;  $d.t. = 0,65$ ), *Hostilidad* ( $m = 0,65$ ;  $d.t. = 0,49$ ), *Ansiedad Fóbica* ( $m = 0,24$ ;  $d.t. = 0,41$ ) y *Psicoticismo* ( $m = 0,51$ ;  $d.t. = 0,47$ ) corresponden a un grado leve ( $T < 50$ ). Las puntuaciones medias para la muestra en síntomas de *Somatizaciones* ( $m = 0,95$ ;  $d.t. = 0,6$ ), *Obsesiones-compulsiones* (1,23;  $d.t. = 0,69$ ), *Depresión* ( $m = 1,28$ ;  $d.t. = 0,79$ ), *Ansiedad* ( $m = 1$ ;  $d.t. = 0,72$ ) e *Ideación paranoide* ( $m = 0,79$ ;  $d.t. = 0,75$ ) indican gravedad moderada. Finalmente, los *Síntomas Adicionales* ( $m = 1,2$ ;  $d.t. = 0,74$ ) y el *Índice de Severidad Global* indica un nivel grave ( $T > 65$ ) ( $m = 0,92$ ;  $d.t. = 0,52$ ).

## Diferencias en función de aspectos del TLP

Se utilizó la prueba U de Mann Whitney para detectar diferencias en la gravedad de los síntomas en

función de la presencia o ausencia de tres factores en la persona con TLP: si la persona con TLP ha tenido intentos de suicidio, 2) si ha sido internada y 3) si el familiar y la persona con TLP conviven. Se realizó una prueba independiente para cada factor del TLP evaluado (convivencia, internaciones e intentos de suicidio), de tal forma fue posible analizar sobre qué síntomas en concreto tiene impacto cada factor. Es preciso aclarar que la prueba U de Mann Whitney, en vez de comparar medias entre grupos, como sería en el caso de la alternativa paramétrica, compara las medianas de los grupos. La prueba convierte las puntuaciones de las variables continuas en rangos permitiendo así que la distribución de las puntuaciones no sea relevante. En este caso, el control de la distribución es importante debido al pequeño tamaño de la muestra. Además, se compararon las medianas de las evaluaciones iniciales, y no las finales, para controlar la intervención como variable contaminadora. En la *Tabla 1* figuran los resultados obtenidos.

El análisis reveló diferencias estadísticamente significativas en ciertos aspectos psicopatológicos. Por un lado, encontramos que el grado de sobrecarga fue significativamente mayor para los sujetos cuyos familiares habían sido internados una o más veces ( $Md = 44$ ;  $n = 25$ ) en comparación a los que nunca habían sido internados ( $Md = 35$ ;  $n = 15$ ). La diferencia fue estadísticamente significativa con un tamaño de efecto mediano ( $z = -1,9$ ;  $p = 0,45$ ,  $r = 0,3$ ) según los criterios de Cohen (6). Asimismo, los sujetos cuyos familiares con TLP habían intentado suicidarse una o más veces ( $Md = 1,5$ ;  $n = 18$ ) presentan mayor gravedad en síntomas como falta de apetito, sueño intranquilo, sentimientos de culpa, pensamiento de muerte y dificultades para dormir, a diferencia de los sujetos cuyos familiares con TLP nunca intentaron suicidarse ( $Md = ,86$ ;  $n = 22$ ). La diferencia fue estadísticamente significativa con un tamaño de efecto mediano ( $z = -2,05$ ;  $p = 0,4$ ,  $r = 0,32$ ). No se detectaron diferencias importantes en la presencia y gravedad de los síntomas en función de la convivencia ni de las internaciones.

Finalmente, el análisis de correlaciones bivariadas con la técnica de Spearman mostró que el grado de sobrecarga ( $\rho = 0,5$ ;  $p = 0,001$ ), los síntomas ansiosos ( $\rho = 0,56$ ;  $p = 0,008$ ), los síntomas de hostilidad ( $\rho = 0,49$ ;  $p = 0,02$ ) y el índice de malestar global ( $\rho = 0,48$ ;  $p = 0,03$ ) correlacionan positivamente con el grado de conflictividad en la relación familiar. Esto implica que los sujetos que perciben mayor conflictividad entre la persona con TLP y su familia, presentan mayor intensidad en los síntomas mencionados. Es preciso remarcar que también los síntomas depresivos mostraron una correlación positiva con el grado de conflictividad familiar, pero sin alcanzar significación estadística ( $\rho = 0,372$ ;  $p = 0,09$ ).

## Evaluación de la intervención

Se utilizó la prueba de Wilcoxon de los Rangos con Signo para calcular diferencias entre la intensidad

**Tabla 1.** Diferencias en la gravedad de los síntomas del familiar en función de la ausencia o presencia de tres factores de la persona con TLP.

U de Mann Whitney		Conviven	Internaciones	Intento Suicidio
		sí no	sí no	sí no
Sobrecarga	z Mediana	-3,95	-1,9*	-7,10
		41	44	42,5
		40	35	40
Somatizaciones	z Mediana	-6,35	-1,16	-1,54
		,583	22,2	1,2
		,79	17,7	,58
Obsesiones y compulsiones	z Mediana	-1,228	-,462	-,858
		1,4	1,1	1,2
		1	1,3	1,2
Sensitividad Interpersonal	z Mediana	-1,384	-,715	-,436
		1,2	,66	1,1
		,5	,88	,55
Depresión	z Mediana	-1,058	-,96	-1,62
		1,46	1,07	1,26
		,92	,84	,84
Ansiedad	z Mediana	-,127	-,28	-1,1
		1,1	,9	1,15
		,92	,8	,75
Hostilidad	z Mediana	-,014	-,169	-1,3
		,66	,5	,66
		,66	,66	,5
Ansiedad Fóbica	z Mediana	-1,091	-,762	-1,4
		,0	,0	,16
		,0	,0	,0
Ideaación Paranoide	z Mediana	-,014	-,379	-1,4
		,66	,66	,91
		,66	,66	,5
Psicoticismo	z Mediana	-,297	-1,46	-1,42
		,44	,5	,6
		1,44	,3	,35
Otros síntomas clínicos	z Mediana	-,452	-1,79	-2,05*
		,85	1,57	1,57
		1,29	,85	,86
Índice Global de Severidad	z Mediana	-,719	-,363	-1,69
		1,03	,78	15,2
		,73	1,0	8,93

\* La diferencia en la gravedad de los síntomas es significativa al nivel  $p < 0,05$ .

\*\* La diferencia en la gravedad de los síntomas es significativa al nivel  $p < 0,01$ .

de los síntomas en función del momento de la evaluación: al inicio y al final de la intervención. De la muestra inicial de 42 participantes, el 70% ( $n = 29$ ) completaron la intervención y ambas evaluaciones. El resto no figura en la muestra final por diversos motivos (datos incompletos, ausencia en la última sesión y abandono del grupo). En la *Tabla 2* figuran los resultados obtenidos.

La prueba de Wilcoxon reveló una reducción estadísticamente significativa en el nivel de sobrecarga tras la participación en el grupo de intervención ( $z = -2,7$ ;  $p = 0,001$ ), con un tamaño de efecto mediano ( $r = 0,5$ ) (6). La puntuación de la escala de sobrecarga se redujo de pre-intervención ( $Md = 40$ ) a post-intervención ( $Md = 30$ ). Asimismo, la gravedad de los síntomas de somatizaciones y el índice global de malestar psicológico

**Tabla 2.** Diferencias en la gravedad de los síntomas en función del momento de evaluación.

Prueba de Wilcoxon		Evaluación	
		Pre	
		Post	
		n = 29	
Sobrecarga	z media	-2,7** 40 30	
Somatizaciones	z media	-2,2* ,7 ,5	
Obsesiones y compulsiones	z media	-1,6 1,2 1	
Sensitividad Interpersonal	z media	-,5 ,7 ,6	
Depresión	z media	-1,6 1 1	
Ansiedad	z media	-1,8 ,8 ,65	
Hostilidad	z media	-,9 ,6 ,5	
Ansiedad Fóbica	z media	-,7 ,0 ,16	
Ideación Paranoide	z media	-1,09 ,6 ,41	
Psicoticismo	z media	-0,2 ,4 ,4	
Otros Síntomas	z media	-,9 ,8 1	
Índice Global Severidad	z media	-2,1* ,9 ,7	

\* La diferencia en la gravedad de los síntomas es significativa al nivel  $p < 0,05$ .

\*\* La diferencia en la gravedad de los síntomas es significativa al nivel  $p < 0,01$ .

gico decreció significativamente ( $z = -2,2$ ;  $p = 0,02$ ,  $r = 0,4$ ; y  $z = -2,1$ ;  $p = 0,03$ ,  $r = 0,4$ ; respectivamente). En resumen, la prueba mostró reducciones en el grado de sobrecarga y de malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales (somatizaciones) después de la participación en el taller. Incluso, el *Índice de Severidad Global* disminuyó, lo cual indica que el malestar psicológico global también se redujo después de la intervención. A pesar de que los síntomas de *Ansiedad* no alcanzaron significación estadística, se puede apreciar una tendencia de disminución en los síntomas. En contraparte, no se encontraron diferencias relevantes entre las puntuaciones iniciales y finales en síntomas

obsesivos compulsivos, depresión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicoticismo.

### Conclusiones

El estudio consistió en evaluar a un grupo de familiares y/o allegados de personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) o que padecen severa desregulación emocional, conductas impulsivas y conflicto interpersonal, en dos instancias: antes y después de una intervención grupal. Se trata de un programa estandarizado, basado en preceptos y estrategias de DBT, de habilidades

y psicoeducación en TLP. Se eligió DBT por demostrar ser la más eficaz en estudios controlados para TLP (16, 17).

Inicialmente, nos encontramos con una muestra que en su gran mayoría presenta algún nivel de sobrecarga e intenso malestar psicológico. Principalmente encontramos mayor intensidad en síntomas relacionados con somatizaciones, depresión, ansiedad, obsesiones y compulsiones, ideación paranoide y síntomas clínicos adicionales. Es preciso aclarar que la gravedad de los síntomas es moderada, no alcanza severidad patológica, lo cual es esperable considerando que se trata de una muestra de no-pacientes. El análisis inicial permitió detectar qué factores del TLP están relacionados con la gravedad de los síntomas. Los sujetos cuyos familiares con TLP habían intentado suicidarse presentaron mayor sintomatología clínica en falta de apetito, sueño intranquilo, sentimientos de culpa, pensamiento de muerte y dificultades para dormir. Cuando la persona con TLP tenía historia de internaciones, el familiar presentaba mayor sobrecarga. Además, se encontró que el nivel de conflictividad en la relación familiar-paciente está asociado al grado de sobrecarga del cuidador y también al malestar psicológico general, específicamente a los síntomas depresivos, ansiosos y de hostilidad. Lo anterior coincide con Stobie y cols. (26), quienes recientemente señalaron la falta de estrategias en manejo de crisis y conflictos interpersonales en la mayoría de los programas de intervención para familiares de personas con TLP. Incluso, encontramos que las conductas que más preocupan a los familiares son la inestabilidad emocional, conductas impulsivas, conductas percibidas como "manipuladoras" e inestabilidad en las relaciones; todo ello coincide con lo encontrado en otros estudios (18, 22).

Después de la intervención grupal el análisis de medidas repetidas mostró una reducción en el nivel de sobrecarga, en el malestar psicológico global y en la gravedad de los síntomas somáticos. A pesar de que no se hayan detectado diferencias significativas en los demás grupos de síntomas tras la intervención, claramente se aprecia una tendencia de disminución los síntomas de ansiedad y sensibilidad interpersonal. La falta de reducción en los síntomas depresivos es para destacar debido que, tanto en este estudio como en otros anteriores (15), los síntomas depresivos comunes en esta población no parecen reducir con intervenciones de esta índole.

Señalar las limitaciones del presente estudio permite mejorar el futuro de la línea de investigación abordada. Por un lado, la reducción del número de participantes entre la evaluación anterior y la posterior a la intervención representa una limitación a considerar. La disminución de la muestra fue debida a datos incompletos en las evaluaciones, ausencia en la última sesión y abandono del grupo; tres contingencias que pueden ser previstas, controladas y utilizadas en el futuro para un análisis más detallado. Por otro lado, debido a que existen riesgos al realizar múltiples cálculos en los mismos datos, sería recomendable realizar una réplica del análisis o ajustes

en los coeficientes estadísticos en futuras investigaciones; o bien, utilizar muestras independientes para cada análisis. Finalmente, es importante remarcar que el diseño del estudio no permite atribuir la reducción en los síntomas exclusivamente a la participación en el taller. Un diseño pre-experimental no incluye grupo control, lo cual impide extraer inferencias causales entre la intervención y la valoración final de los síntomas. Sin embargo, los estadísticos empleados controlan esta limitación y permiten establecer asociaciones válidas entre la intervención y la reducción de los síntomas.

El estudio pretendió ser una exploración del malestar psicológico de los familiares de personas con TLP e intentar detectar aspectos del trastorno con los que se relaciona. Los resultados muestran que el manejo de crisis (internaciones e intentos de suicidio) y la conflictividad interpersonal son factores que destacan en el malestar psicológico de esta población. Los familiares son receptores de conductas complejas y por lo tanto pueden tener reacciones inapropiadas y dañinas. De la literatura teórica y científica sabemos que la desregulación emocional de las personas con TLP proviene en gran medida de la inestabilidad de sus relaciones interpersonales. Es importante desarrollar programas de tratamiento en TLP que intervengan en el vínculo familiar/interpersonal.

El presente estudio ha mostrado ser de gran utilidad considerando su objetivo inicial: ser un paso previo a un estudio de eficacia de la intervención grupal presentada. Los resultados nos adelantan que la participación en el taller reduce sintomatología de malestar psicológico y sobrecarga. Asimismo, nos señalan factores posiblemente centrales en la intensidad de los síntomas, tales como las internaciones e intentos de suicidio de sus familiares y el nivel de conflictividad en la familia. El análisis de los resultados nos permite identificar qué factores que deben ser evaluados minuciosamente en un futuro estudio de eficacia. Nos indica que si una intervención para familiares es eficaz, debería mostrar no sólo disminución en la sintomatología de los participantes, sino una reducción en la conflictividad entre familiares, mejoría en el manejo de crisis y evaluar si la participación de los familiares en el grupo beneficia en algún aspecto la relación con la persona con TLP. Los hallazgos de esta investigación pueden guiar a otros profesionales en la elaboración de programas para familiares de personas con TLP y estudios de su eficacia.

### **Agradecimientos**

Queremos agradecer ante todo a los participantes del estudio por su amabilidad y por su compromiso con el bienestar de sus familiares; sin ellos la investigación no hubiera sido posible. Asimismo, agradecemos al presidente de la Fundación Foro para la Salud Mental, Javier Martín Camacho, por permitir el emprendimiento de este proyecto y proveer una fuente de financiación para el mismo ■

## Referencias bibliográficas

1. Apfelbaum S, Gagliesi P. El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex* 2004; 15: 295-302.
2. Apfelbaum S, Gagliesi P, Lencioni G, Pechon C, Herman L, Kriwet M, Boggiano J y Vuelta B. 2002, 2003, 2004. Manual Psicoeducacional para Pacientes, Familiares y Allegados sobre el Desorden Límite de la Personalidad. "Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad", Facultad de Psicología UBA. *En prensa*.
3. Alpuche Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas Russel ME, Figueroa López CG. Validez de la Entrevista de Sobrecarga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 2008; 18 (2): 237-245.
4. Casullo MM. Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social* 2004; 6 (1): 49-57.
5. Casullo MM, Castro Solano A. Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones* 1999; 7: 147-157.
6. Cohen JW. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Second Edition). Hillsdale, NJ, Lawrence Earlbaum Associates, 1988.
7. Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition). Minneapolis, National Computer Systems, 1994.
8. Fundación Foro. Manual de Desorden Límite (Sin publicar). Buenos Aires, 2008. Disponible en: [investigación@fundacionforo.com](mailto:investigación@fundacionforo.com)
9. Fundación Foro. Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados, de personas con desorden de la regulación de las emociones. (Sin publicar). Buenos Aires, 2008. Disponible en: [investigación@fundacionforo.com](mailto:investigación@fundacionforo.com)
10. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Dev Psychopathol* 2005; 17 (4): 1007-1030.
11. Fruzzetti AE, Santisteban DA, Hoffman PD. Dialectical behavior therapy with families. En fuente Dimeff LA, Koerner K. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York, Guilford Press, 2007.
12. Gempp Fuentealba R, Avendaño Bravo C. Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica* 2008; 26 (1): 39-58.
13. Giffin J. Family experience of borderline personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2008; 29 (3): 133-138.
14. Hoffman PD, Buteau E, Hooley JM, Fruzzetti AE, Bruce ML. Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression burden, distress, and expressed emotion. *Fam Process* 2003; 42 (4): 469-478.
15. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, Hellman F, Struening E. Family Connections: A Program for Relatives of Persons with Borderline Personality Disorder. *Fam Process* 2005; 44 (2): 217-225.
16. Koerner K, Linehan MM. Research on dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 154-167.
17. Linehan M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
18. Linehan M. *Skills Training Manual for Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
19. McFarlane WR, Link B, Duchay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: Four year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process* 1995; 34: 127-144.
20. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. *Bipolar disorder: A family focussed treatment approach*. New York, Guilford Press, 1997.
21. Montorio CI, Izal FT, López M, Sánchez CM. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología* 1998; 14 (2): 229-248.
22. Santisteban DA, Muir JA, Mena MP, Mitrani, VB. Integrative borderline adolescent family therapy: meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2003; 40 (4): 215-264.
23. Schreiner AS, Morimoto T, Kakuma T, Arai Y, Zarit SH. Assessing family caregivers' mental health using a statistically derived cutoff score for the Zarit Burden Interview. *Aging Ment Health* 2006; 10: 107-111.
24. Shachnow J, Clarkin J, DiPalma, Smith C, Thurston F, et al. Biparental psychopathology and borderline personality disorder. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 1997; 60(2): 171-181.
25. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina JB, Campins J, Gich I, Alvarez E, Pérez V. Dialectical behavioral therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behav Res Ther* 2009; 47: 353-358.
26. Stobie MR, Tromski-Klingshirn DM. Borderline personality disorder, divorce and family therapy: The need for family crisis intervention strategies. *Am J Fam Ther* 2009; 37 (5): 414-432.
27. Zanarini MC, Barison LK, Frankenburg FR, Reich B, Hudson JI. Family history study of the familial co-aggregation of borderline personality disorder with axis I and non-borderline dramatic cluster axis II disorders. *J Pers Disord* 2009; 23 (4): 357-359.
28. Zarit HS, Reever EK, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *s1980*; 20 (6): 649-655.
29. Zarit HS, Zarit JM. *The memory and behavior problems checklist-1987R and the burden interview (technical report)* (PA). Pennsylvania State University, 1987.

# Tratamientos de la depresión en la niñez y adolescencia basados en la evidencia

**Eduardo L. Bunge**

*Licenciado en Psicología, UBA*

*Director de la Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infanto Juvenil (ETCI) Universidad Favaloro*

*E-mail: eduardobunge@etci.com.ar*

**Gabriela Carrea**

*Licenciada en Psicología, UBA*

*Coordinadora de Docencia Fundación ETCI*

**Mar Tosas de Molina**

*Licenciada en Psicología. Universidad de Barcelona. Fundación ETCI*

**Natalie Soto**

*Médica Residente de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Elizalde*

## Introducción

A la luz del conocimiento actual, se puede afirmar que los niños suelen padecer depresión, que su continuidad a través de las edades es evidente; y que la prevalencia de dicha patología para adolescentes va del 3% al 5% (3, 4). Los costos directos e indirectos de la depresión son los mayores dentro de los trastornos (32); se considera que el tratamiento temprano podría prevenir la ocurrencia de múltiples episodios que agraven el cuadro (28); y que hay modelos preventivos promisorios (15).

El presente trabajo hará una breve reseña de los abordajes terapéuticos que se encuentran dentro de lo que se denomina Psicoterapia Basada en Evidencia (PBE), con el objetivo de sentar las bases que permitan la elaboración de programas adecuados a nuestro medio, y su posterior constatación empírica.

Al respecto, cabe aclarar que por PBE se entiende, “la práctica psicoterapéutica que apunta a brindar la mejor asistencia que ofrece la ciencia” (38) o bien, “un modo

---

## Resumen

En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica de los tratamientos que fueron probados en ensayos clínicos aleatorizados para la depresión en niños y adolescentes. Se describen las adaptaciones realizadas para el tratamiento de niños con depresión, que cuentan con apoyo empírico y son considerados como probablemente eficaces; como la terapia de autocontrol (cognitiva-comportamental), el programa de prevención de Penn; y otros tratamientos que se encuentran en fase experimental. Asimismo, se describen las adaptaciones realizadas para el tratamiento de adolescentes con depresión consideradas como probablemente eficaces: Curso de Afrontamiento de la Depresión-Adolescentes, Psicoterapia Interpersonal; y otros tratamientos que se encuentran en fase experimental, como la Biblioterapia y la Terapia Familiar Basada en el Apego.

**Palabras clave:** Depresión - Psicoterapia - Evidencia - Niños y adolescentes.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILD AND ADOLESCENT DEPRESSION

## Summary

The present paper reviews the available literature on the current state of knowledge regarding depression in children and adolescents. Empirically supported psychotherapeutic treatment adjustments for children are described, such as the Self-Control Therapy (CBT), Penn Prevention Program; and other treatments that are experimental phase. Similarly empirically supported psychotherapeutic treatment adjustments for adolescents are described, such as Adolescent Coping with Depression, Interpersonal Psychotherapy; and other treatments that are experimental phase as Bibliotherapy and Attachment-Based Family Therapy.

**Key words:** Depression - Psychotherapy - Evidence - Children and adolescents.

de concebir el cuidado del paciente que alienta al clínico a considerar y sintetizar la evidencia empírica, experiencia clínica y valores del paciente en la implementación del tratamiento" (44). Para evaluar la eficacia de los tratamientos psicosociales se establecieron una serie de criterios de investigación en los que fueron propuestas cuatro categorías: 1) tratamientos bien establecidos, 2) tratamientos probablemente eficaces, 3) tratamientos posiblemente eficaces y 4) tratamientos experimentales (9, 10). Dicho enfoque presenta ciertos beneficios pero también ciertas limitaciones. Dentro de los beneficios puede considerarse el hecho de realizar intervenciones que ya hayan sido probadas y que den cuenta de cierta eficacia. El uso del manual guía a los profesionales en su práctica y brinda una secuencia lógica de pasos a seguir y en ciertas instancias proveen marcos teóricos a los que se puede recurrir. En lo que a la aplicación de la PBE con niños y adolescentes se refiere, resulta útil destacar que se requiere ser fiel al manual contemplando la flexibilidad necesaria para adaptarlos al paciente en particular (19). Dentro de las limitaciones de dicho enfoque se plantea que las problemáticas de la clínica infanto juvenil suelen ser complejas y con múltiples agentes involucrados, lo cual dificulta la realización de estudios (7). Asimismo, no se puede suponer que lo que sirve para uno servirá para otros; es decir, las muestras del contexto de investigación pueden no ser representativas por ejemplo debido a los rigurosos criterios de inclusión que en la clínica no se presentan. Sumado a esto, debe contemplarse que dichos investigaciones se llevan a cabo en contextos culturales diversos, lo cual no siempre es extrapolable. Por último, un detalle no menor, consiste en que la ausencia de pruebas no prueba la ausencia. Es decir, que otros tratamientos no cuenten con evidencia de su eficacia no significa que no sean eficaces, y de este modo podrían ser descartados tratamientos potencialmente útiles.

## Metodología

Se realizó una búsqueda de los artículos disponibles en las principales bases de datos internacionales, que presentaran estrategias eficaces para el abordaje de la depresión infanto-juvenil, seleccionando aquellos trabajos que contaran con algún grado de apoyo empírico. Se incluyó también material de los textos de los autores referentes de la temática abordada.

## El estado actual de los tratamientos psicoterapéuticos investigados para la depresión en niños (ver Tabla 1)

### 1. Terapia de autocontrol (cognitiva comportamental) de Stark y Kendal (1996) para niños deprimidos

La terapia del autocontrol es una intervención que se realiza en el contexto escolar (tanto la evaluación como el tratamiento); está basada en un modelo cognitivo conductual y enseña habilidades de automanejo (automonitoreo, autoevaluación, autoreforzo y atribuciones causales).

Los estudios realizados por Stark y cols. (36, 37) sugieren que la terapia de autocontrol cumple los criterios para un tratamiento probablemente eficaz. Los resultados de ambos estudios demostraron que el programa de autocontrol fue superior a un grupo en lista de espera (36) y a un tratamiento no específico (37). No obstante, las intervenciones de autocontrol utilizadas en ambos estudios no eran idénticas en cuanto a duración de tratamiento y el material incluido.

En 1987, Stark y cols. (36) sopesaron la eficacia relativa de 12 sesiones de intervención grupal (de 4 a 8 niños entre 9 y 13 años) donde incluían la terapia de autocontrol, la terapia de resolución de problemas, y un grupo control en lista de espera para 29 alumnos de cuarto a sexto grado con elevados síntomas depresivos. La terapia de resolución de problemas consistió en educación, automonitoreo de eventos placenteros y resolución de problemas dirigida a mejorar la conducta social.

Los resultados de este estudio revelaron que ambas intervenciones experimentales (terapia de autocontrol y terapia de resolución de problemas) eran relativamente exitosas en la reducción de los síntomas depresivos en un contexto escolar. Los resultados del seguimiento a las ocho semanas indicaron que el 88% de los niños en el grupo de autocontrol y el 67% de los niños en el grupo de resolución de problemas obtuvieron puntajes por debajo del punto de corte para la depresión en el CDI (23); asimismo, quienes estaban en el grupo de autocontrol reportaron niveles de autoconcepto significativamente mejores que aquellos en el grupo de resolución de problemas y los del grupo control.

Basado en los resultados del mencionado estudio, en 1991 Stark y cols. (37) evaluaron una versión extendida de la terapia de autocontrol (también con una modalidad grupal) con alumnos de cuarto a séptimo grado ( $n = 26$ ). La intervención experimental en este segundo estudio fue de 24 a 26 sesiones de programa TCC que consistía en autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en imaginación y relajación y la reestructuración cognitiva. En este estudio no había condición de resolución de problemas.

En las reuniones mensuales para las familias dentro del programa TCC, se alentaba a los padres a ayudar a sus hijos en la aplicación de sus nuevas habilidades y a aumentar la frecuencia de las actividades placenteras en la familia.

Este tratamiento fue comparado con una condición tradicional de asesoramiento diseñada para controlar elementos no específicos de la intervención.

La post-intervención y las evaluaciones de seguimiento a los 7 meses revelaron disminuciones significativas de síntomas depresivos y un número significativamente menor de cogniciones depresivas que los niños en condición de control.

El modelo de la terapia del autocontrol cuenta con ciertos pasos generales similares en la mayoría de los programas de tratamiento de corte cognitivo: brindar el diagnóstico, realizar la conceptualización del caso y psicoeducar; obtener el consentimiento de los padres, realizar

las intervenciones individuales y familiares y por último trabajar en la prevención de recaídas. El trabajo con los padres va a orientarse a alentar el desarrollo de esquemas adaptativos en los niños, el uso de habilidades de afrontamiento en ambientes extra-terapéuticos; y a modificar elementos del ambiente que contribuyan al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos. Para ello se pueden utilizar estrategias basadas en el entrenamiento en técnicas de manejo comportamental, como el tiempo especial de juego propuesto por Barkley y cols. (2) y el entrenamiento en modos de brindar instrucciones claras y efectivas que disminuyan la posibilidad de conflictos. Por otro lado, en cuanto a las intervenciones orientadas a mejorar la autoestima del niño se resalta a los padres la importancia del refuerzo positivo. Asimismo, es de suma importancia que en ambientes hostiles se pueda enseñar a los padres a controlar su propio enojo. Es importante entrenarlos en la práctica de la escucha empática.

En cuanto a las intervenciones centradas en el niño, en primera instancia se intenta que él mismo pueda comenzar a ser capaz de comprender sus experiencias emocionales, estableciendo un vocabulario para sus emociones y relacionándolas con sus pensamientos y conductas. Luego se intenta programar actividades placenteras: es importante que el niño pueda reconocer la relación entre hacer cosas divertidas y sentirse bien. De igual manera, se incluyen actividades de dominio orientadas a la resolución de problemas y el auto-refuerzo. Asimismo se recomienda trabajar sobre la conducta interpersonal. Aquí la relación con el terapeuta es de suma importancia, ya que éste puede brindar un marco de aceptación, necesario para la alianza, o bien puede observar posibles problemas que pueden servir de guía para trabajar los problemas que el niño presente con pares o adultos que lo rodean. El objetivo aquí es el aprendizaje de conductas más adaptativas y el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr patrones de relación más ajustados a las demandas del contexto.

Para trabajar con las cogniciones desadaptativas, el primer paso suele consistir en que el niño pueda auto-monitorear sus pensamientos ante eventos positivos o que generen emociones placenteras; de este modo se sorrea la dificultad de expresar los pensamientos negativos y se puede focalizar en aspectos positivos que el niño pueda estar dejando de lado debido a sus sesgos cognitivos. Es importante poder establecer un método para registrarlas. Una recomendación importante es evaluar el momento de introducción del aprendizaje de estas habilidades en el tratamiento, ya que suelen ser difíciles de implementar y esto puede reforzar en el niño la evaluación negativa de sí mismo o generar escepticismo acerca del tratamiento.

Una vez que el niño es capaz de reconocer sus pensamientos, el paso siguiente apunta a que pueda modificar los pensamientos automáticos desadaptativos. El terapeuta debe ayudarlo a reconocer su tendencia a pensar negativamente; le puede pedir, por ejemplo: que piense en voz alta mientras arman juntos un rompecabezas, marcando la relación entre su pensamiento y cambios en su humor. Para enseñarle a modificar dichos procesos

mentales, el terapeuta puede modelar, las primeras veces, modos alternativos de interpretación de dichas situaciones, y se puede trabajar con historietas donde se hace un registro de la situación, los pensamientos, sus emociones y sus conductas. Las estrategias orientadas a modificar los esquemas disfuncionales suelen ser complejas.

## 2. Programa de Prevención de Penn, incluyendo las modificaciones culturales relevantes observadas en el Programa para el Optimismo de Penn

Jaycox y cols. (17) realizaron un estudio donde compararon a un grupo de alumnos de entre 10 y 13 años en riesgo de deprimirse (de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Depresión Infantil) quienes fueron asignados al azar a 12 sesiones del Programa de prevención de Penn con una condición de control sin tratamiento.

Este modelo desarrollado por el grupo de Seligman (15) apunta a prevenir la depresión en los niños previo al desarrollo del episodio y está basado en el trabajo con las escuelas. Allí entrenan a los niños para ser optimistas en su forma de pensar y les enseñan estrategias para la resolución de problemas. Los chicos aprenden a identificar creencias negativas que tienen acerca de ellos mismos y luego aprenden a reemplazar estas creencias por otras más positivas. Por ejemplo, los niños aprenden a entender sus fallas y errores como situaciones temporales, específicas y atribuibles a las circunstancias, y no como cuestiones permanentes, estables y globales acerca de sí mismos.

En la post-intervención los alumnos que habían estado en la condición experimental autoreportaron reducciones significativamente mayores en los síntomas depresivos en la CDI y en la Escala de Depresión Infantil de Reynolds que aquellos que estuvieron en la condición de control.

Los hallazgos de la investigación de Jaycox y cols. (17) llevaron al desarrollo del programa de "Resiliencia de Penn", nombrado así en honor a la Universidad de Pensilvania, donde se realizaron estas investigaciones. El programa demostró su eficacia reduciendo síntomas depresivos entre niños de diferentes grupos etarios y étnicos.

Los resultados de diferentes estudios que han evaluado el Programa de Prevención de Penn (15, 16, 17, 34) han proporcionado información suficiente para considerar el tratamiento como probablemente eficaz para reducir los síntomas depresivos. Todavía no puede considerarse como bien establecido porque solamente un estudio ha demostrado ser superior al placebo psicológico o a condiciones de tratamiento alternativas.

## 3. Tratamientos para niños en fase experimental

Dentro de esta clasificación se encuentra el afrontamiento de la depresión (18), el programa de entrenamiento en capacidades de control primarias y secundarias (41), el manejo del estrés (39), el grupo de intervención en duelos (33), la terapia familiar sistémica (40) y la intervención temprana (20).



**Tabla 1.** Resumen de la Clasificación de Tratamientos Basados en la Evidencia para la Depresión Infantil. Estudio de programas específicos.

<b>Intervención</b>	<b>Estudios sobre tratamientos que apoyan los beneficios significativos en relación a tratamientos alternativos o grupo control sin tratamiento</b>	<b>Clasificación basada en la evidencia</b>
<b>TCC</b>		
Terapia de Autocontrol	Stark, Reynolds & Kaslow (1987); Stark, Rouse & Livingston (1991)	Probablemente eficaz
Programa de Prevención de Penn, incluyendo las modificaciones culturales relevantes observadas en el Programa para el Optimismo de Penn	Jaycox, Reivich, Gillham, & Seligman (1994); Gillham, Reivich, Jaycox, & Seligman (1995); Yu & Seligman (2002); Roberts, Kane, Thomson, Bishop, & Hart (2003)	Probablemente eficaz
Afrontamiento de la depresión	Kahn, Kehle, Jenson, & Clark (1990)	Experimental
Programa de entrenamiento en capacidades de control primarias y secundarias	Weisz, Thurber, Sweeney, Proffitt, & LeGagnoux (1997)	Experimental
Manejo del estrés	Asarnow, Scott, & Mintz (2002)	Experimental
<b>Soporte no directivo / Psicoeducación</b>		
Grupo de intervención en duelos	Pfeffer, Jiang, Kakuma, Hwang & Metsch (2002)	Experimental
<b>Terapia familiar sistémica</b>		
Terapia familiar sistémica	Trowell, Joffe, Campbell, Clemente, Almqvist, Soininen et al. (2007)	Experimental
<b>Terapia comportamental</b>		
Intervención temprana de Wisconsin	King & Kirschenbaum (1990)	Experimental

### El estado actual de los tratamientos psicoterapéuticos investigados para la depresión en adolescentes (ver Tabla 2)

#### 4. Curso de Afrontamiento de la Depresión-Adolescentes

En la investigación sobre la efectividad de la TCC se utilizaron diversos manuales de tratamientos estandarizados; uno de los más replicados fue el 'Curso de

Afrontamiento de la Depresión-Adolescentes (CADA)' (11, 26).

El CADA consiste en un curso psicoeducacional, no estigmatizante, donde el terapeuta tiene un rol de instructor, distinto al modelo de psicoterapeuta clásico. Las intervenciones en la fase aguda (16 sesiones semanales) con los adolescentes involucra el empleo de técnicas como: monitoreo del estado de ánimo, habilidades sociales, actividades placenteras, manejo de la ansiedad,

reestructuración cognitiva, técnicas de comunicación y resolución de problemas. Seguido a la fase aguda, se incluye una sección de trabajo con los padres, donde se realizan tres sesiones en conjunto con los adolescentes, durante las cuales cada familia practica las habilidades de resolución de conflictos (27).

Cabe destacar que los estudios sobre el CADA se realizaron, en su mayoría, con muestras bastante homogéneas de adolescentes deprimidos de raza blanca, pertenecientes a la clase media y con muy poca o ninguna comorbilidad dentro de los Estados Unidos (12). Uno de los manuales de tratamiento para la depresión que ha sido traducido al español para su utilización con población latina es el 'Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo comportamental de la depresión' (31). Éste se utilizó con pacientes latinos de la ciudad de San Francisco; se encuentra accesible en la red (45) y está pensado para población de escaso nivel de instrucción y recursos socioeconómicos. Posteriormente, Rossello y Bernal (35) adaptaron dicho manual para adolescentes en Puerto Rico y lo compararon con la Psicoterapia Interpersonal (21, 22) y un grupo control de lista de espera. En ese estudio los dos tratamientos activos se mostraron superiores al grupo control.

Debido a la alta tasa de adolescentes tratados sin recuperación total, se introdujo el concepto de *Sesiones de Mantenimiento* con el objetivo de prevenir la recurrencia y las recaídas. Se observó que la inclusión de seis sesiones recordatorio después de la finalización del tratamiento daba como resultado un porcentaje de recaídas (20%) mucho menor que si recibían las 16 sesiones del tratamiento sin las de mantenimiento (25).

En cuanto a la incorporación de los padres al tratamiento, Lewinsohn y Clarke (28), dirigieron un ensayo clínico controlado de TCC en grupo con una muestra de 54 adolescentes que cumplían los criterios para depresión clínica. Compararon un grupo de tratamiento con o sin siete sesiones de grupo con sus padres. Las dos condiciones de tratamiento activo se compararon con una condición control de adolescentes en lista de espera. Los adolescentes de los dos grupos de TCC mejoraron significativamente respecto de los sujetos asignados a la lista de espera. No se observó ninguna diferencia significativa en lo referente a la participación o no de los padres.

Con respecto a la incorporación de las familias en los tratamientos de los adolescentes con trastorno depresivo mayor, Brent y cols. (5, 6) realizaron un estudio con pacientes deprimidos donde incluyeron un grupo de TCC individual, otro de terapia familiar comportamental y estructurada, y otro grupo que recibió psicoterapia de apoyo no directiva. Al finalizar el tratamiento se observaron menores tasas de trastorno depresivo y rápido alivio sintomático para el grupo de TCC individual, pero al cabo de dos años de seguimiento no hubo diferencias significativas en los grupos experimentales.

A pesar de cierto consenso clínico que pueda existir entre los terapeutas que trabajan con niños y adolescentes, en las investigaciones el trabajo con los padres de jóvenes depresivos aún no ha demostrado producir mejorías en los resultados. La implementación del grupo

de padres no aumentó de manera significativa los beneficios que se obtenían aplicando solamente el programa de adolescentes (11, 27). Es posible que esto se haya debido a la relativa pobre participación de los padres en general, ya que quienes sí participaron de los grupos parecían ser los padres que menos necesitaban del programa, mientras que aquellos que atravesaban conflictos familiares serios eran los que a menudo no les era posible asistir o no estaban motivados para hacerlo (12). Es probable que el componente parental resulte más útil en aquellos adolescentes cuya depresión tiene que ver con conflictos con los padres o sean más dependientes (12). Lo que si se ha observado es que la presencia de depresión en la madre disminuye significativamente la eficacia de la TCC (14).

##### 5. Psicoterapia Interpersonal para adolescentes con depresión

Por lo que se refiere a las investigaciones sobre TIP, se cuenta con dos ensayos clínicos controlados: en 1996 Mufson y Fairbanks (30) compararon la TIP con lista de espera y en 1999 Rosello y Bernal (35) compararon un grupo que recibió TIP, con otros que recibieron TCC o permanecieron en lista de espera. Pese a las limitaciones metodológicas de estos estudios, se sugiere que la TIP puede resultar un tratamiento eficaz para la depresión en adolescentes.

La psicoterapia interpersonal para adolescentes con depresión (TIP-A) es una adaptación de la TIP, un tratamiento breve desarrollado en su origen para adultos (22). La misma sitúa al episodio depresivo en el contexto de las relaciones interpersonales y se centra en los conflictos interpersonales actuales. Su objetivo es abordar cuestiones comunes del desarrollo adolescente, como por ejemplo la separación de los padres, el desarrollo de relaciones amorosas, las primeras experiencias con la muerte de un familiar o amigo y las presiones de los compañeros.

Esta terapia apunta a que se comprenda cómo las relaciones influyen en el estado del ánimo, la importancia de una adecuada red de apoyo y las posibles áreas problemáticas de las relaciones: la pérdida de un ser querido, las transiciones de rol, las disputas de rol, cómo mejorar las relaciones mediante entrenamiento en asertividad, comunicación positiva y otras habilidades sociales. En torno a su estructuración, el protocolo de tratamiento cuenta con tres etapas: sesiones iniciales; sesiones intermedias dirigidas a cuatro áreas problema y sesiones finales.

Las sesiones iniciales apuntan a la exploración de las relaciones más importantes, comenzando con el presente: la naturaleza de cada relación, las expectativas de cada relación, la revisión de los aspectos satisfactorios e insatisfactorios de la misma y las formas en que le gustaría modificar la relación a través de cambios en él/ella o en el/la otro/a.

Las sesiones intermedias se dividen en cuatro áreas problema: duelo, disputa de rol, transición de rol y déficit interpersonal.

La primera área problema referida al duelo patológico tiene como objetivo facilitar el proceso de pérdida de un ser querido y ayudar al adolescente a establecer nuevos intereses y relaciones. Para lograrlo, se alienta la expresión emocional, poder pensar sobre la pérdida, verbalizar y procesar los eventos que se produjeron antes, durante y después de la muerte, explorar sentimientos asociados a ella, entre otras intervenciones posibles. El terapeuta puede actuar como sustituto de la red social ausente. A medida que el adolescente vaya progresando, estará más dispuesto a desarrollar nuevas relaciones para "llenar el espacio vacío" dejado por la pérdida del ser querido. Es en este momento que el terapeuta podrá ser activo en fomentar que el adolescente considere y desarrolle nuevas relaciones interpersonales.

La segunda área problema es la de disputa de rol. Los objetivos aquí son los de clarificar los conflictos y sus resoluciones, identificar expectativas y ayudar a encontrar las soluciones a las discusiones. En esta área se intenta registrar el estado de la disputa, que puede ser: de renegociación, impase o disolución. La identificación del estado de la disputa tiene como objetivo poder llevarla a un estado de negociación más eficaz del que vinieron intentando las partes.

La tercera área es la de transición de rol. Ésta hace referencia a transiciones que pueden ser concretas (como por ejemplo: el divorcio de los padres o el cambio de escuela), o simbólicas (como el nacimiento de un hermano/a). Aquí se trabaja evaluando los aspectos positivos y negativos del nuevo y del viejo rol y generando un nuevo repertorio de destrezas sociales para manejar adecuadamente la nueva situación.

La última área problema referida al déficit interpersonal tiene como objetivo trabajar sobre un patrón de relaciones interpersonales inadecuadas o ausentes. En este tipo de casos, suele ser pertinente ocuparse de elaborar el modo de relación que el paciente establece con el terapeuta como un modelo de relación del paciente. Asimismo, se pueden explorar las relaciones pasadas, alentar el desarrollo de nuevas relaciones, analizar los estilos de comunicación y utilizar el juego de roles para practicar nuevos patrones de comunicación y modos de reducir la distancia interpersonal.

En cualquiera de estas cuatro áreas problema, la inclusión de personas significativas en una o más sesiones es particularmente recomendable cuando se trabaja con adolescentes, sobre todo cuando se presentan problemas de disputas interpersonales.

En cuanto a las sesiones finales, se trabaja sobre la posibilidad de la finalización del tratamiento y las pre-ocupaciones que esto puede generar, así como sobre la prevención de recaídas.

#### 6. Tratamientos para adolescentes en fase experimental

Los tratamientos que se encuentran en fase experimental para los adolescentes con depresión son: afrontamiento de emociones en adolescentes de Kowalenko y cols. (24); el programa de tratamiento de la depresión de Wood y cols. (42); biblioterapia de Ackerson y cols.

(1); programa para la depresión en adolescentes-tiempo al futuro, de Melvin y cols. (29); una versión de la psicoterapia interpersonal para adolescentes (TIP-A) de Young y cols. (43); y terapia familiar basada en el apego de Diamond y cols. (13).

A continuación se describen la biblioterapia autodirigida y la terapia familiar basada en el apego (TFBA).

La biblioterapia autodirigida es un tratamiento que se encuentra en fase experimental ya que ha sido escasamente evaluado. Se cuenta con el estudio de Achereson y cols. (1) en el que se compararon los resultados entre un grupo con biblioterapia y un grupo control en lista de espera. Los resultados revelaron que el grupo con biblioterapia mostró reducciones significativas en la sintomatología depresiva y mejoras en los pensamientos disfuncionales relativos al control de acuerdo a los autoinformes y a los reportes de los padres y clínicos. Al mes de seguimiento, el grupo de biblioterapia mantenía las mejorías en la sintomatología depresiva según sus autoinformes y los de los padres. Del mismo modo, según los reportes clínicos se observó una mejora continua en la sintomatología depresiva y los pensamientos disfuncionales. La biblioterapia autodirigida consiste en una lectura independiente del libro 'Sentirse Bien' (8) -el cual está basado en la teoría cognitiva de la depresión de Beck- y en la complementación de un libro de ejercicios.

La terapia familiar basada en el apego (TFBA) fue desarrollada por Diamond y cols. (13). Estos autores realizaron un estudio dirigido a reducir las actitudes negativas de los padres de adolescentes depresivos. En el mismo, hallaron que se puede establecer una relación entre las intervenciones de la TFBA y un aumento en las *actitudes parentales positivas*. Identificaron que las sesiones en las que se establecía una buena alianza terapéutica, por medio de las intervenciones orientadas a facilitar la relación, eran las de mayor correlación con actitudes parentales no negativas.

Diamond y cols. (13) compararon un grupo con TFBA con un grupo control de lista de espera. El grupo experimental (TFBA) presentó niveles significativamente menores de sintomatología depresiva en comparación con el grupo control y niveles menores de ansiedad y de conflictos familiares. Al final del tratamiento el 81% del grupo de TFBA no cumplían criterios para la TDM en comparación con un 47% del grupo control. En el seguimiento a los 6 meses de los 15 adolescentes del grupo de TFBA el 87% seguían sin cumplir criterios para TDM.

El objetivo de la TFBA para adolescentes con depresión, es poder pasar de actitudes o atribuciones interpersonales negativas como 'es tan irritable, todo la hace explotar' a poner el foco en la vulnerabilidad y el dolor que están padeciendo, por ejemplo: 'creo que su tristeza e irritabilidad tiene que ver con...'. Se parte del principio que las actitudes negativas de los padres están asociadas al inicio y mantenimiento de la depresión en los adolescentes y para reducirlas la TFBA orienta su trabajo hacia la facilitación de la relación terapéutica y a las intervenciones orientadas al apego.

El tratamiento cuenta con cinco objetivos secuenciados

les interrelacionados: re-enmarcar la relación, construir alianza con el adolescente, construir alianza con los padres, el re-apego y la promoción de la competencia del adolescente.

En el primer objetivo (re-enmarcar la relación) se trabaja la reducción del criticismo y la hostilidad por medio de un cambio del foco de ‘arreglar al adolescente’ a ‘reparar las relaciones’.

El segundo objetivo (construir alianza con el adolescente) consiste en reforzar la adhesión al tratamiento por medio de identificar los conflictos familiares y preparar para el re-apego.

Construir alianza con los padres es el tercer objetivo ya

que ellos también deben ser preparados para el re-apego.

El cuarto objetivo es el re-apego en sí, que consiste en reinvolucrar a los padres y el adolescente deprimido a través de poder compartir las experiencias pasadas de ruptura de apego por parte del adolescente combinado con respuestas empáticas por parte de los padres durante la sesión.

Por último, el quinto objetivo, es la promoción de competencia, es decir, utilizar a la familia como una base segura mientras el adolescente practica nuevas estrategias de afrontamiento y conductas pro-sociales, como mejorar el rendimiento académico, trabajar, retomar actividades sociales, etc.

**Tabla 2.** Resumen de la Clasificación de Tratamientos Basados en la Evidencia para la Depresión Adolescente. Estudio de programas específicos.

<b>Intervención</b>	<b>Estudios sobre tratamientos que apoyan los beneficios significativos en relación a tratamientos alternativos o grupo control sin tratamiento</b>	<b>Clasificación basada en la evidencia</b>
<b>TCC</b>		
Afrontamiento de la depresión en adolescentes	Lewinsohn, Clarke, Hops, & Andrews (1990); Clarke y cols. (1995); Lewinsohn, Clarke, Rohde, Hops, & Seeley (1996); Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley (1999); Clarke y cols. (2001); Rohde, Clarke, Mace, Jorgensen, & Seeley (2004)	Probablemente eficaz
Afrontamiento de emociones en adolescentes	Kowalenko y cols. (2005)	Experimental
Programa de tratamiento de la depresión	Wood, Harrington, & Moore (1996)	Experimental
Sentirse Bien (Burns, 1980) Bibiloterapia	Ackerson, Scogin, McKendree-Smith, & Lyman (1998)	Experimental
Tiempo al futuro- Programa para la depresión en adolescentes	Melvin y cols. (2006a)	Experimental
<b>Psicoterapia interpersonal</b>		
Psicoterapia interpersonal para adolescentes con depresión	Mufson, Weissman, Moreau, & Garfinkel (1999); Mufson y cols. (2004)	Probablemente eficaz
Psicoterapia interpersonal para adolescentes (TIP-A); Entrenamiento en habilidades	Young, Mufson, & Davies (2006a)	Experimental
<b>Terapia familiar</b>		
Terapia familiar basada en el apego	Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs (2002)	Experimental

## Conclusiones

La depresión infanto-juvenil es una patología que presenta alta prevalencia y que incide significativamente en los costos relacionados con los trastornos mentales. Existe en la actualidad una variedad de abordajes con apoyo empírico en otras poblaciones y contextos socio-

culturales, como la terapia del autocontrol, el programa de prevención de Penn, el curso de afrontamiento de la depresión-adolescentes y la psicoterapia interpersonal para adolescentes con depresión. Los autores consideran pertinente la adecuación y evaluación de dichos modelos a nuestro contexto cultural ■

---

## Referencias bibliográficas

1. Ackerson J, Scogin F, Mckendree-smith N, Lyman RD. Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *J Consult Clin Psychology* 1998; 66: 685-690.
2. Barkley RA, Murphy CR, Bauermeister JJ. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Manual de Trabajo Clínico. New York, The Guilford Press, 1998.
3. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (11): 1427-1439.
4. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (12): 1575-1583.
5. Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth

- C, et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54 (9): 877-885.
6. Brent DA, Holder D, Kolko D. Treatment for adolescent depression. *Harv Ment Health Lett* 1998; 15 (2): 7.
  7. Bunge E, Gomar M, Mandil J. Introducción a la terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. En: Gomar M, Mandil J, Bunge E. (comps.). Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2010.
  8. Burns D. Feeling good. New York, Signet, 1980.
  9. Chambless DL. In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. *Am Psychol Association* 1996; 3: 230-235.
  10. Chambless DL & Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychology* 1998; 66: 7-18.
  11. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (3): 272-279.
  12. Clarke GN, DeBar LL. Tratamiento cognitivo comportamental grupal para adolescentes con depresión. En: Gomar M, Mandil J, Bunge E (comps.). Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2010.
  13. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1190-1196.
  14. Ferro T, Verdelli H., Pierre, F., y Weissman, M. M. Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (3): 375-379.
  15. Gillham J, Reivich K, Jaycox LH, Seligman MEP. Prevention of Depressive Symptoms in Schoolchildren: A two years follow up. *Psychol Sci* 1995; 6 (6): 343-351.
  16. Gillham JE, Reivich K, Freres DR, Lascher M, Litzinger S, Shatte AJ, et al. School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: A pilot of a parent intervention component. *School Psychol Quart* 2006; 21: 323-348.
  17. Jaycox L, Reivich K, Gillham JE, Seligman ME. Prevention of depressive symptoms in school children. *Behav Res Ther* 1994; 32: 801-816.
  18. Kahn J, Kehle T, Jenson W, Clark E. Comparison of cognitive behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychol Rev* 1990; 19: 196-211.
  19. Kendall P. Child and Adolescent Therapy. New York, The Guilford Press, 2000.
  20. King CA, Kirschenbaum DS. An experimental evaluation of a school-based program for children at risk: Wisconsin early-intervention. *J Comm Psychol* 1990; 18: 167-177.
  21. Klerman GL, Weissmann MM. Interpersonal psychotherapy (IPT) and drugs in the treatment of depression. *Pharmacopsychiatry* 1987; 20 (1): 3-7.
  22. Klerman GL. Evaluating the efficacy of psychotherapy for depression: The USA experience. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1989; 238 (5-6): 240-246.
  23. Kovacs M. The children's depression inventory manual. New York, Multi-Health Systems, 1992.
  24. Kowalenko N, Rapee RM, Simmons J, Wignall A, Hoge R, Whitefield K, et al. Short-term effectiveness of a school-based entry intervention program for adolescent depression. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2005; 10: 493-507.
  25. Kroll L, Harrington R, Jayson D, Fraser J, Gowers S. Pilot study of continuation cognitive-behavioral therapy for major depression in adolescent psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (9): 1156-1161.
  26. Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Breckenridge JS, Teri L. The Coping with Depression Course. Eugene, OR: Castalia Publishing Company, 1984.
  27. Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, Andrews JA. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behav Ther* 1990; 21: 385-401.
  28. Lewinsohn PM, Clarke GN. Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clin Psychol Rev* 1999; 19 (3): 329-342.
  29. Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E, et al. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 1151-1161.
  30. Mufson L, Fairbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (9): 1145-1155.
  31. Muñoz R, Aguilar-Gaxiola S, Guzmán J. Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión. San Francisco, San Francisco General Hospital Depression Clinic, 1986.
  32. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349 (9064): 1498-1504.
  33. Pfeffer C, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 505-513.
  34. Roberts C, Kane R, Thomson H, Bishop B, Hart B. The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 622-628.
  35. Rossello J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67 (5): 734-745.
  36. Stark KD, Reynolds WM, Kaslow NJ. A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and behavior problemsolving therapy for depression in children. *J Abn Child Psychol* 1987; 15: 91-113.
  37. Stark KD, Rouse L, Livingston R. Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive behavioral procedures for the individual and family. En: Kendal P. Child and adolescent therapy (Vol. adolescent, pp. 165-206). New York, The Guilford Press, 1991.
  38. Thomas J. Mental health commission issues 6 goals, 20 recommendations. *The National Psychologist* 2003; July/August.
  39. Tompson MC, Pierre CB, Haber FM, Fogler JM, Groff AR, Asarnow JR. Family-focused treatment for childhood-onset depressive disorders: Results of an open trial. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007; 12 (3): 403-420.
  40. Trowell J, Joffe I, Campbell JC, Clemente C, Almqvist F, Soininen M, et al. Childhood depression: A place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16: 157-167.
  41. Weisz JR, Weiss B, Langmeyer DB. Giving up on child psychotherapy: Who drops out? *J Consult Clin Psychol* 1987; 55 (6): 916-918.
  42. Wood A, Harrington R, Moore A. Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37: 737-746.
  43. Young JE, Mufson LH, Davies M. Efficacy of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: An indicated prevention intervention for depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 1254-1262.
  44. What is evidence-base practice? Evidence-Base Mental Health Treatment for Children and Adolescents. ABCT y SCCAP. Disponible en: [http://www.abct.org/sccap/?m=sPro&fa=pro\\_EBP](http://www.abct.org/sccap/?m=sPro&fa=pro_EBP)
  45. Manual de Terapia de Grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de la Depresión. University of California, San Francisco. Disponible en: <http://www.medschool.ucsf.edu/latino/cbtspan.aspx>

# Síntomas negativos en pacientes con trastornos psiquiátricos no esquizofrénicos

**Vicente F. Donnoli**

Hospital José T. Borda, Gobierno de la Cdad. de Bs. As. (GCBA), Centro de Investigaciones Clínicas y Psicopatológicas en Esquizofrenia (CICPE)  
E-mail: vfdonnoli@hotmail.com

**Maria Valeria Moroni**

Hospital Tornú, GCBA

**Diego Cohen**

Hospital José T. Borda GCBA, Centro de Investigaciones Clínicas y Psicopatológicas en Esquizofrenia (CICPE)

**Liliana Chisari Rocha**

Hospital José T. Borda GCBA, Centro de Investigaciones Clínicas y Psicopatológicas en Esquizofrenia (CICPE)

**Maria Marleta**

Hospital José T. Borda GCBA, Centro de Investigaciones Clínicas y Psicopatológicas en Esquizofrenia (CICPE)

**Tomas Sepich Dalmeida**

Hospital José T. Borda GCBA, Centro de Investigaciones Clínicas y Psicopatológicas en Esquizofrenia (CICPE)

**Matías Bonani**

Hospital José T. Borda GCBA, Centro de Investigaciones Clínicas y Psicopatológicas en Esquizofrenia (CICPE)

**Luciana D`Alessio**

Hospital Ramos Mejía GCBA

---

## Resumen

**Introducción:** En este trabajo optamos por un abordaje dimensional de los síntomas negativos, que tiene en cuenta la presencia y extensión de los síntomas atravesando los diferentes cuadros clínicos y no como parte, únicamente, de la esquizofrenia.

**Objetivos:** Determinar la presencia de síntomas negativos (SN) y su distribución en una población de pacientes con trastornos psiquiátricos no esquizofrénicos, en tratamiento ambulatorio en Hospitales Públicos. **Métodos:** Se estudiaron pacientes con criterios definidos de acuerdo al DSMIV para trastornos afectivos, alimentarios, por sustancias, de ansiedad y de personalidad y pacientes con epilepsia temporal. En todos pacientes se administró la subescala negativa de la PANNS para síntomas negativos de la esquizofrenia. Se calculó el test de student para determinar la existencia de diferencias de frecuencia de SN entre los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados. **Resultados:** Se incluyeron 106 pacientes, 60 mujeres, y 46 hombres, edad  $38 \pm 12.1$  años. El 90% de los pacientes presentaron SN con un puntaje bajo; media 11.6; rango 9.38 -14.29. El retraimiento emocional fue mas frecuente en el trastorno alimentario en comparación con el trastorno afectivo y con la epilepsia  $p<0.05$  y el retraimiento social fue mayor en el trastorno por sustancias en comparación con la epilepsia  $p<0.05$ . **Conclusiones:** De acuerdo a los resultados se detecta la presencia de algunos síntomas negativos leves a moderados en diferentes trastornos psiquiátricos no esquizofrénicos, incluso en la epilepsia del lóbulo temporal.

**Palabras clave:** Síntomas negativos - Trastornos afectivos - Trastornos alimentarios - Trastornos por sustancias - Epilepsia temporal.

NEGATIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH NON SCHIZOPHRENIC PSYCHIATRIC DISORDERS

## Summary

**Introduction:** The presence of negative symptoms (NS) in different clinical entities other than schizophrenia, with a dimensional approach of negative symptoms, was considered in this work. **Objectives:** Determine the presence and distribution of NS, in a population of patients with non schizophrenic psychiatric disorders attending ambulatory treatment at public hospitals. **Methods:** Patients with define DSMIV diagnosis criteria for different disorders; affective, alimentary, substance abuse, anxiety, personality disorders and patients with ILAE diagnoses criteria for temporal lobe epilepsy were included. All patients underwent the subscale PANNS for negative symptoms of schizophrenia. Student T test was calculated to determine the differences of frequency for NS among psychiatric disorders. **Results:** 106 patients were included; 60 women, 46 men, 38 years  $\pm 12.1$ . The 90% of patients have a low score of NS. Media 11.6; Max/min 9.38 -14.29. Emotional withdrawal and passive social withdrawal were more frequent in alimentary disorders than in affective disorder and than in epilepsy ( $p<0.05$ ). Emotional withdrawal was more frequent in substance disorders than epilepsy ( $p<0.05$ ). **Conclusions:** According this study, negative symptoms are present in a low to moderate intensity in non schizophrenic psychiatry entities and in the temporal lobe epilepsy.

**Key words:** negative symptoms, affective disorders, alimentary disorders, substance disorders, temporal epilepsy.

## Introducción

La separación entre síntomas positivos, negativos y de desorganización de conducta y pensamiento, es un reflejo de la pluralidad de la esquizofrenia y la heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas (1, 2). Dentro de esa diversidad sintomática, los síntomas negativos alcanzan particular importancia clínica ya que su presencia está relacionada con una baja respuesta al tratamiento y una peor evolución (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

La observación clínica muestra que la población psiquiátrica de la consulta general, presenta síntomas compatibles con los síntomas negativos, clásicamente descriptos en la esquizofrenia. Los síntomas negativos han sido descriptos en la literatura como independientes de la esquizofrenia, y presentes en otros trastornos neuropsiquiátricos mayores como la depresión mayor (10,11), el accidente cerebrovascular (12,13), y la demencia (14,15). Más recientemente, Eisemberg y col. aplicaron la PANSS-N (subescala negativa de la PANSS), y describieron la presencia de una dimensión negativa (síndrome negativo) en pacientes con depresión mayor y con trastornos cognitivos (demencia). Estos autores argumentaron que el síndrome negativo involucra un criterio dimensional diagnóstico válido que atraviesa otras patologías más allá de la esquizofrenia y validaron el uso de la PANSS-N para evaluar los síntomas negativos en otros trastornos psiquiátricos diferentes de la esquizofrenia (16).

El principal objetivo de este trabajo es el de determinar la presencia de los diferentes subtipos de síntomas negativos en patologías psiquiátricas diferentes a las psicosis, y que motivan la consulta en el ámbito de la psiquiatría pública. El análisis de los diferentes tipos de síntomas negativos en otras poblaciones, nos permitirá inferir sobre probables mecanismos fisiopatológicos comunes con la esquizofrenia, y a la vez nos permitirá tener en cuenta criterios clínicos que hacen al pronóstico y a la respuesta terapéutica.

## Material y métodos

En este estudio se seleccionaron pacientes de consulta externa de centros de atención ambulatoria, pública. Se seleccionaron en forma consecutiva los pacientes admitidos entre los años; marzo 2009 y marzo 2010 en consulta externa de servicios del Hospital Borda, un consultorio externo del Htal. Tornú y el consultorio de epilepsia refractaria del Hospital Ramos Mejía.

Se incluyeron 74 pacientes con criterios definidos de acuerdo al EJE I y II del DSMIV para trastornos psiquiátricos no psicóticos, en fase crónica estable y compensada, que se encuentran bajo tratamiento psiquiátrico y 25 pacientes con epilepsia temporal de acuerdo a los criterios de la ILAE (ILAE 1990) y evaluación psiquiátrica completa de acuerdo a protocolo psiquiátrico según EJE I y II del DSM IV(17,18,19). Los pacientes con Epilepsia refractaria y trastornos psicóticos y/o psiquiátricos asociados a la epilepsia fueron excluidos de este estudio. Los

pacientes con trastornos psicóticos, con síntomas psicóticos positivos y /o antecedentes de episodios psicóticos asociados, fueron excluidos de este estudio. Los pacientes con patologías en fase descompensada, con deterioro cognitivo y/o retraso mental y en aquellos en los que no se pudo arribar a un diagnóstico psiquiátrico definido de acuerdo al DSM IV, fueron excluidos de este estudio. Los trastornos psiquiátricos diagnosticados en la población estudiada fueron; trastornos afectivos, trastornos alimentarios, trastornos por sustancias, de ansiedad y de personalidad

En todos los pacientes incluidos se administró la subescala negativa de la PANSS (PANSS-N) para síntomas negativos de la esquizofrenia (20). Hemos elegido la subescala de la PANSS, que a diferencia de otras escalas como la SANS (21), puede ser utilizada para estudiar síntomas negativos en pacientes no esquizofrénicos, como lo han demostrado otros trabajos (22). Todos los pacientes fueron evaluados por especialistas en psiquiatría, capacitados para la administración de la PANSS.

A posteriori, se realizó un análisis comparativo de los diferentes puntajes obtenidos para cada subitem de la escala, y para cada trastorno estudiado. Se calculó el Test de Student (análisis de las variables cuantitativas; medias de los puntajes obtenidos para cada subitem de la PANSS-N), con el objetivo de detectar si alguno de los trastornos estudiados presentaba una mayor prevalencia de algún subtipo de sintomatología negativa. Para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows.

## Resultados

Se incluyeron 106 pacientes, 60 mujeres, y 46 hombres, edad; 38 años  $\pm$  12.1. Los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes incluidos en este estudio de acuerdo al DSM IV, se resumen en la tabla 1. (Ver tabla 1)

La mayoría de los pacientes (90%) presentaron síntomas negativos (al menos un subitem positivo mayor o igual a 2 puntos) en la subescala PANSS para SN. Sin embargo los puntajes máximos obtenidos fueron bajos (puntaje total máximo entre 9.38 -14.29), lo que indica un índice de severidad de leve a moderado, puntaje máximo de la escala negativa; 49 puntos). (Ver tabla 2)

La distribución de las medias de los puntajes obtenidos para cada subitem de la escala, en los diferentes trastornos psiquiátricos y/o neurológicos se resume en el gráfico 1.

Al comparar el puntaje obtenido para el total de la subescala negativa, no encontramos diferencias significativas entre las diferentes patologías estudiadas. Al comparar el puntaje obtenido para los diferentes subitems de la escala encontramos que; N2 (retraimiento emocional) fue significativamente mayor en el trastorno alimentario en comparación con el trastorno afectivo y con la epilepsia y N4 (retraimiento social) fue significativamente mayor en el trastorno por sustancias en comparación con la epilepsia ( $p < 0.05$ ). Si bien se encontraron algunas diferencias en otros com-



**Tabla 1.** Pacientes con síntomas negativos.

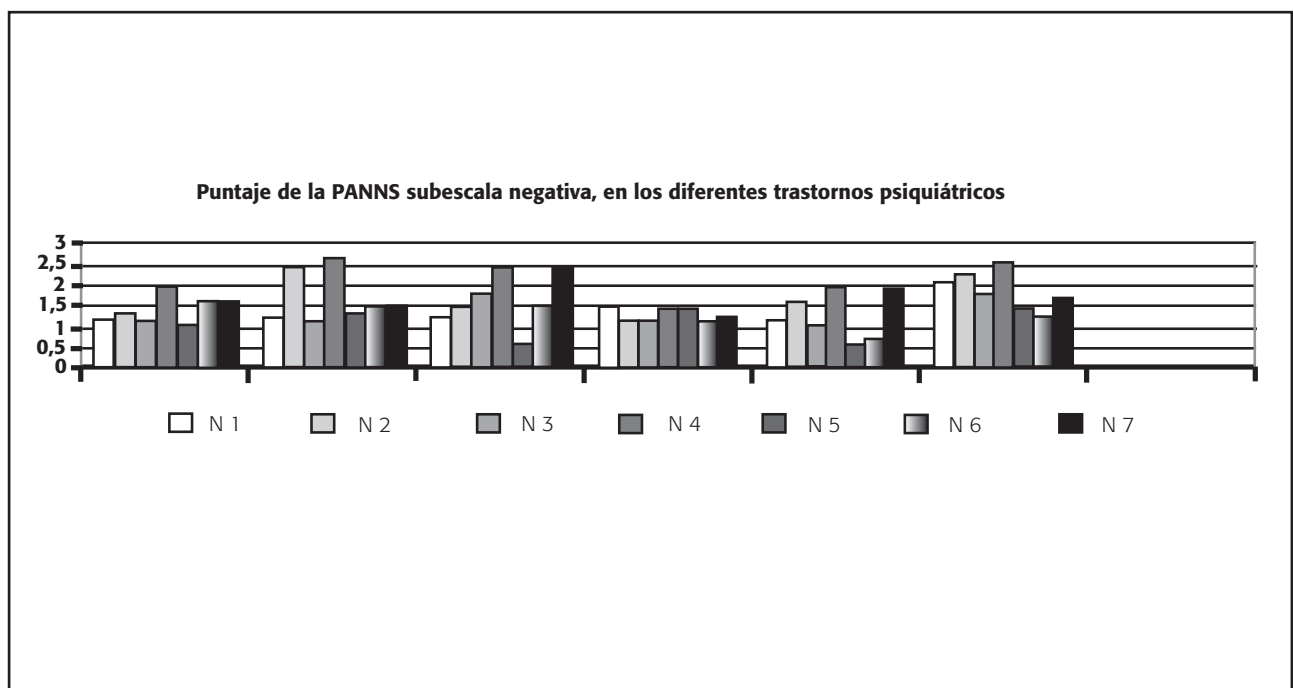
	Número de pacientes incluidos	Número de pacientes con síntomas negativos	% de pacientes con síntomas negativos
<b>T. Afectivo</b>	44	41	93.1%
<b>T. Alimentario</b>	11	11	100%
<b>T. Ansiedad</b>	7	6	85.7%
<b>T. Personalidad</b>	13	13	100%
<b>T. Sustancias</b>	6	6	100%
<b>Epilepsia Temporal</b>	25	19	76%
<b>Total</b>	106	96	90.5%

**Tabla 2.** Puntaje total de la PANSS subescala negativa, de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico.

Diagnóstico psiquiátrico *	Media	Desvío Standard (DS)
<b>Trastorno afectivo</b>	10.5	7.29
<b>Trastorno por sustancias</b>	13	7.8
<b>Trastorno de ansiedad</b>	14.29	10.4
<b>Trastorno alimentario</b>	12.8	7.4
<b>Trastorno de la personalidad</b>	9.38	8
<b>Epilepsia Temporal</b>	9.68	8.74

\*No se encontraron diferencias estadísticas significativas en el puntaje total entre los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.

**Gráfico 1.** Distribución de los síntomas negativos en los diferentes trastornos psiquiátricos estudiados.



plejos sintomáticos, las mismas no fueron significativas entre los diferentes trastornos. Ver gráfico 1.

## Discusión

En este trabajo, básicamente se mantiene el lineamiento fundamental según el cual la denominación negativo y positivo, está basada en la diferencia que existe entre los síntomas que son producto de una exageración en una función mental normal (positivos) y aquellos que expresan una falta de función (negativos). Debemos tener en cuenta, sin embargo, que esta caracterización de los síntomas negativos es en un sentido amplio, que implica un mecanismo fisiopatológico común pero, en un sentido más acotado, la utilización de “negativo” adquiere una mayor utilidad práctica al incluir una referencia a la respuesta terapéutica y al pronóstico (5, 6).

En este estudio, de acuerdo a los resultados de esta pequeña muestra exploratoria, encontramos la presencia de síntomas negativos de leves a moderados en la mayoría de los pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos crónicos no psicóticos, en fase compensada. Al analizar los diferentes subtipos de SN encontramos que el N2 (retraimiento emocional) y el N4 (retraimiento social), y en menor medida el N7 (pensamiento estereotipado), fueron los más representativos en la mayoría de los trastornos estudiados: afectivos, alimentario, por sustancias, trastorno de la personalidad y trastornos de ansiedad. Por el contrario los síntomas: el embotamiento afectivo; el contacto pobre, la dificultad pensamiento abstracto, se presentaron con una frecuencia menor, en toda la población estudiada.

Actualmente se considera que los síntomas negativos no constituyen una unidad, sino que se distinguen según su origen en primarios y secundarios (8). El desarrollo de ensayos farmacológicos puso en primer plano la respuesta terapéutica como un parámetro de gran difusión en la consideración actual de los síntomas negativos. Es así como se reconocen “síntomas negativos persistentes” (primarios o secundarios) y “síntomas negativos deficitarios” (primarios y duraderos). La denominación “deficitario” se refiere a una forma particular de presentación de la esquizofrenia, por ello es utilizable solo en los estudios de dicha patología. En cambio, los síntomas negativos “persistentes”, que son los que deben estar presentes por lo menos un año antes de la evaluación, no requieren que el paciente en cuestión tenga el diagnóstico de esquizofrenia. En un estudio realizado en pacientes esquizofrénicos, se identificó la presencia de síntomas negativos persistentes primarios en el 15.5% del total de pacientes internados por un cuadro psicótico, independientemente del diagnóstico. La prevalencia fue del 27.5% en pacientes con esquizofrenia, 8.1% con trastornos esquizoafectivos, 2.3% con trastornos afectivos y 15.6% con trastornos psicóticos no especificados (9).

En el presente trabajo estudiamos una población que se encuentra desde hace más de un año en tratamiento ambulatorio de mantenimiento y, a pesar de la persistencia, no pudo establecerse una distinción entre síntomas negativos primarios y secundarios, ya que todos los pacientes se encontraban bajo tratamiento psicofarmacológico continuo al momento de la evaluación.

En esta investigación optamos por un abordaje dimensional de los síntomas negativos. El punto de vista dimensional en el diagnóstico psiquiátrico tiene en cuenta la presencia y el comportamiento de los síntomas (en este caso negativos) en los diferentes cuadros clínicos y no como parte, únicamente, de la esquizofrenia. En este sentido, consideramos la manifestación de síntomas negativos en los trastornos psíquicos de mayor frecuencia en la consulta institucional mencionada. El modelo de síndrome negativo de la subescala negativa de la PANSS (20), permite describir los datos clínicos reunidos en el examen de los pacientes con trastornos psiquiátricos no esquizofrénicos (23). Aunque la manifestación clínica de un mismo síndrome (negativo) no sea idéntica en los diferentes grupos de patologías, la utilización de un único instrumento (en este caso la subescala negativa de la PANSS) para evaluar ese síndrome es apropiada en dichos grupos (16).

De acuerdo a estos resultados el modelo dimensional nos aporta datos semiológicos comunes en las diferentes entidades. Por el contrario, la diferencia de los modelos dimensionales, la aplicación del modelo categorial determina que a una enfermedad le corresponde la afección de una de las diferentes funciones mentales. Así es como, históricamente, la psicosis maníaco-depresiva fue descrita como una patología de la afectividad, la psicopatía de la conducta, la esquizofrenia se consideró una enfermedad del pensamiento y de la cognición. De esta forma se promovió la búsqueda y la delimitación de síntomas patognomónicos, cuya presencia debería concluir el diagnóstico y orientar hacia el trastorno específico que lo fundamenta. Hoy sabemos que no se pudieron determinar dichos síntomas patognomónicos de esquizofrenia, ya que los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) se presentan en otros cuadros psicóticos y los negativos se observan también en cuadros depresivos y de deterioro cognitivo (24, 25, 26).

La psiquiatría descriptiva, que define el núcleo de las manifestaciones de la enfermedad (fenotipo) se encuentra con una variedad importante de síntomas que caracteriza la presentación del cuadro. Si bien este criterio descriptivo logra mayor fiabilidad para que los psiquiatras del mundo se comuniquen entre sí, se encuentra con el obstáculo de que son pocos los síntomas que se hacen operativos fácilmente. Esto tiende a restar validez al criterio. Así es como, la expresión clínica de la esquizofrenia no representa el fenotipo.

Por otra parte, el criterio heurístico (dimensional), más que los síntomas, estudia los mecanismos de la enfermedad que ayuden a identificar la fisiopatología y la etiología. Por ello, el objeto de estudios y reflexiones es el meta proceso detrás de los síntomas, el endofenotipo. Ningún síntoma o signo único define la esquizofrenia, la gente que la sufre experimenta anormalidades en muchos tipos de actividades mentales (22).

En la actualidad la visión dimensional tiene en cuenta que esa alteración de las diferentes funciones mentales se encuentra presente, con características distintivas, en diversos trastornos del espectro clínico psiquiátrico. En este trabajo inicial hemos observado que los síntomas negativos que se presentan más allá de la esquizofrenia se refieren, fundamentalmente, al déficit en el contacto

emocional interpersonal (27, 28). Esta presencia de síntomas negativos en cuadros no esquizofrénicos, invita a diferentes hipótesis. El trastorno basal que sustenta a los síntomas negativos podría estar presente en diversas entidades clínicas o bien los síntomas negativos son la expresión clínica de diferentes procesos patológicos. De todos modos, es necesario continuar con este tipo de estudios que corroboren o cuestionen estos hallazgos.

## Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio preliminar y exploratorio, podemos concluir que los síntomas negativos, en particular N2, y N4 están presentes

en forma leve a moderada en la mayoría de los pacientes entrevistados. Estos resultados nos invitan a reflexionar sobre un posible mecanismo fisiopatológicos en común a estos síntomas negativos, o si se trata de varios mecanismos que confluyen en una forma clínica de manifestación. A la vez, la presencia de síntomas negativos en la mayoría de los pacientes estudiados, nos orienta hacia la respuesta terapéutica y el pronóstico de la patología.

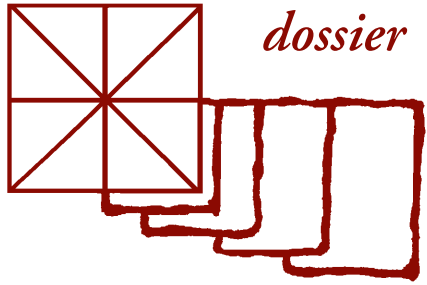
**Agradecimientos:** Dr. Matías Fonseca, Dra. Carolina Talkowski, Dr. Adrián Ventura, Dra Silvia Kochen ■

---

## Referencias bibliográficas

- 1.- Andreasen NC. Schizophrenia: the fundamental questions. *Brain Research Reviews* 31 (2000) 106-112.
- 2.- Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT Jr. A Separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:165-171.
- 3.- Andreasen NC: Negative Symptoms in Schizophrenia: Definition and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*, vol 39, July 1982:784-788.
- 4.- Andreasen NC: Negative v Positive Schizophrenia. Definition and Validation. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 39, July 1982:789-794.
- 5.- Bottlender R, Wegner U, Wittmann J, Strauss A, Moller HJ:

- Deficit syndromes in schizophrenic patients 15 years after their first hospitalisation: preliminary results of a follow-up study. *Eur Arch Pzzyhiatry Clin Neurosci* 1999;249 (Suppl 4):27-36.
- 6.- Harris MJ, Jeste DV, Krull A, Montague J, Heaton RK: Deficit syndrome in older schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 1991;39:285-292.
  - 7.- Peralta V: The deficit syndrome of the psychotic illness: A clinical and nosological study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.* 2004; 254:165-171.
  - 8.- Carpenter WT Jr., Heinrichs DW, and Wagman AMI: Deficit and nondeficit forms of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1988;145:578 – 583.
  - 9.-Tandon R, Dequadro JR, Taylor SF, et al: Phasic and enduring negative symptoms in schizophrenia: biological markers and relationship to outcome. *Schizophr Res* 2000; 45:191-201.
  - 10.-Kitamura T, Suga R: Depressive and negative symptoms in major psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 1991; 32:88-94.
  - 11.- Kulhara P, Chadda R: A study of negative syndrome in schizophrenia and depression. *Compr Psychiatry* 1987; 28: 229-235.
  - 12.- Galynker I, Levinson I, Miner C, Rosenthal RN: Negative symptoms in patients with basal ganglia strokes. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* 1995;8:113-117.
  - 13.- Galynker I, Prikhojan A, Phillips E, Focseneanu M, Ieronimo C, Rosenthal R: Negative symptoms in stroke patients and length of hospital stay. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 616– 621.
  - 14.-Doody RS, Massman P, Mahurin R, Law S: Positive and negative neuropsychiatric features in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995;7:54-60.
  - 15.- Galynker II, Dutta E, Vilkas N: Hypofrontality and negative symptoms in patients with dementia of Alzheimer type. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2000; 13: 53– 59.
  - 16.- Eisenberg D, Aniskin D, White L, Stein J, Harvey PD, Galynker I: Structural differences within Negative and Depressive Syndrome Dimensions in Schizophrenia, Organic Brain Disease, and Major Depression: A Confirmatory Factor Analysis of the Positive and Negative.
  17. DSM IV. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4Th edition, Washington 1994.
  18. ILAE. Commission on classification and terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for Revised Classification of Epilepsy and Epileptic Syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389.
  19. D'Alessio L, Giagante B, Papayannis C, Oddo S, Silva W, Solís P, Donnoli V, Kauffman M, Consalvo D, Zieher LM, Kochen S. Psychotic Disorders in Argentine Patients with Refractory Temporal Lobe Epilepsy: A Case-Control study. *Epilepsy & Behavior* 2009; 14: 604–609.
  - 20.- Kay SR. Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia. *Assesment end Research (PANSS) Brauner / Mazel N.York*, 1991.
  - 21.- Andreasen NC. The Scale of Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: University of Iowa; 1984.
  - 22.- Andreasen N, Carpenter WF, Kane J, Lasser R, Marder S, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: Proposal Criteria and Rationale for consensos. *Am J Psychiatry* 2005;162:441-449.
  - 23.- Pumine DM, Carey KB, Miasto SA, Carey MP. Assessing positive and negative symptoms in outpatients with schizophrenia and moos disorders. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:653-661.
  - 24.- Milak MS, Aniskin DB, Eisenberg DP, Prikhojan A, Cohen LJ, Yard SS, Galynker II. The negative syndrome as a dimension factor analyses of PANSS in major depressive disorder and organic brain disease compared with negative syndrome structures found in the schizophrenic literature. *Cogn Behav Neurol* 2007;20:113-120.
  - 25.- Buchanan RW. Domain of psychopathology: an approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 1994; 182:193-204.
  - 26.- Harvey, PB. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of this relationship? *Schizophr Bull.* 2006; 32:50-258.
  - 27.- Saiz Ruiz L, Díaz Marsa M: Síndromes depresivos en la enfermedad esquizofrénica. En Saiz J (coord.). *Esquizofrenia: enfermedad del cerebro y reto social.* Masson. Barcelona. 1999:135-148.
  - 28.- Kulhara P. Influence of depressive symptoms and premorbid adjustment on factor structure of phenomenology of schizophrenia: a study from India. *Eur. Psychiatry.* 2003;18:226-232.



# HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN AMÉRICA LATINA

**Coordinación**  
**Norberto Aldo Conti**  
**Juan Carlos Stagnaro**

## *Acerca de la Historia*

*El desarrollo humano en sus diferentes variantes culturales se ha nutrido y se nutre de representaciones acerca del pasado que legitiman y valoran comportamientos, actos y sucesos que se engloban en el marco de la Historia; ya decía Platón en la Grecia Clásica de hace 2.500 años que “**Homero ha educado a los griegos**” y con esto hacía referencia a que las conductas, actos y valores sostenidos en la Ilíada y la Odisea marcaban una ética compartida por todos los habitantes de esa península que, a su vez, los hacía reconocerse como pueblo. Lo que el rapsoda cantaba en los poemas corresponde a una larga tradición de historia oral decantada a lo largo de cuatro siglos antes de ser puesta por escrito para constituir el crisol de identidad nacional de ese pueblo, primer pueblo, de cuya cultura somos herederos todas aquellas comunidades reconocidas como parte de occidente.*

*La historia, entonces, nos habla del pasado, pero no de un pasado unívoco, muerto y cristalizado en su ocurrencia material, sino de un pasado que se construye desde el presente, desde cada presente con sus propias necesidades, preguntas y demandas; lo que un presente escotomiza del pasado otro presente lo ilumina en su propio beneficio y esto sin perder en ningún caso la rigurosidad metodológica y el respeto por las fuentes que la empresa histórica exige. Vemos entonces que la narración histórica organiza y al mismo tiempo interpreta. El sujeto que soporta esta tarea es un sujeto históricamente situado y desde esa situación escribe su narración histórica producto de un presente que, al tornarse en pasado, permitirá que ese mismo pasado, desde un nuevo presente sea interpelado de otra manera. Podemos entonces concluir que las historias que contamos no hablan tanto **del** pasado como de **nuestro** pasado. El historiador no es espectador, el historiador es partícipe y la historia es entonces un lugar de permanen-*

*tes significaciones para el presente; es lo que Hans Gadamer llamó **historia efectual**.*

## **La Historia de la Psiquiatría**

*Si bien los psiquiatras, desde el inicio de la especialidad, se interesaron en la historia de su práctica y, en algunos casos, con gran erudición, solo en la segunda mitad del siglo XX esta actividad, la Historia de la Psiquiatría, inició un proceso de innovación de su modelo tradicional de corte positivista e incorporó nuevas perspectivas en su dispositivo disciplinar, tanto en sus presupuestos teóricos (historia crítica, historia social de la locura, etc.) como en sus consecuencias prácticas (programas de investigación, publicaciones especializadas, profesionalización, etc.) que se aceleró desde 1980 en adelante. En efecto desde entonces han surgido importantes grupos que se han ocupado de los aspectos internos: clínica, nosografías, teorías y externos: instituciones, legislación, políticas sanitarias y aspectos sociales y políticos en torno a la Psiquiatría.*

*En las páginas de Vertex hemos tenido la posibilidad de contar con algunos de ellos. En el N° 55 de 2004 presentamos un dossier sobre Historia y Epistemología de la Psiquiatría en el cual publicamos artículos de George Lanteri-Laura y Jean Garrabé, dos de los orientadores de la historia de la psiquiatría en Francia; de Germán Berrios, iniciador y orientador del Grupo de Cambridge en Gran Bretaña; de Paul Hoff, historiador del pensamiento de Kraepelin y Presidente de la Sección Historia de la Psiquiatría de la WPA y de Rafael Huertas, Director de la Sección Historia de la Ciencia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España. Este grupo de referentes europeos junto a sus equipos de trabajo han realizado dos importantes congresos en la última década, nucleados en la Asociación Europea de Historia de la*

Psiquiatría, en Madrid en 2002 y en París en 2005, con la posterior publicación de dos libros con los trabajos presentados. También en el mismo sentido son destacables las actividades realizadas por la Sección Historia de la Psiquiatría de la WPA que sesionará en el próximo Congreso Mundial de Psiquiatría a realizarse en Buenos Aires en el próximo mes de septiembre.

### **La Historia de la Psiquiatría en América Latina**

Nuestro continente no ha estado excluido del proceso de profesionalización de la Historia de la Psiquiatría y en él su desarrollo se ha producido de 1990 en adelante acompañando el proceso de democratización regional que alentó toda suerte de desarrollos académicos en torno a la cultura y la sociedad.

En Argentina, donde existían honrosos antecedentes aislados de trabajos históricos en torno a la Psiquiatría desde José Ingenieros en adelante, se formó un primer grupo de investigadores nucleados en el Capítulo de Historia de la Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) desde 1996 en adelante, algunos integrantes de este grupo crearon en 1997 la *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* que continuó, y continúa su aparición durante sus 13 años de existencia. A instancias de este colectivo y de investigadores de otras disciplinas afines -psicología, psicoanálisis- de todo el país se iniciaron en 1999 los **Encuentros Argentinos de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis** que ya han realizado once encuentros anuales en diferentes ciudades del país.

También *Vertex* ha pretendido desde sus inicios interesar a sus lectores en la historia de la psiquiatría a través de la sección **El rescate y la memoria** en donde se han publicado ya cerca de 200 referencias, pasajes y biografías o comentarios de autores y obras clásicas argentinas, latinoamericanas y europeas para generar referencias históricas a los temas de los **Dossiers**, estimulando el desarrollo de un pensamiento crítico que ponga a los textos históricos, muchas veces inhallables, en tensión con las necesidades clínicas de nuestro presente, como lo exige toda aproximación actual y honesta al corpus de nuestra tradición teórica y clínica.

Finalmente en 2009, por iniciativa de los grupos de investigación liderados por Juan Carlos Stagnaro, en Buenos Aires y Rafael Huertas, en Madrid, se creó la **Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría** la cual está formada hasta el momento por grupos de investigación pertenecientes al CSIC (España), la Sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la Universidad de Buenos Aires (Argentina), el Capítulo de Historia y Epistemología de la Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras

Argentinos (APSA), la Casa de Oswaldo Cruz de la Fundación Oswaldo Cruz (Brasil), el Instituto Mora (México), la Universidad de Antioquia (Colombia), el Museo Nacional de Medicina Enrique Laval (Chile) y la Universidad de París III (Francia).

En el contexto de lo hasta aquí reseñado se inscriben los trabajos que presentamos a nuestros lectores en este dossier; se trata de investigaciones originales y relevantes realizadas en América Latina por integrantes de los diferentes grupos que trabajan el tema en nuestro continente.

**El Positivismo en Argentina y su proyección en Latinoamérica**, de Norberto Aldo Conti, pretende dar una mirada de conjunto sobre los fundamentos de esta corriente filosófica, tan importante en el desarrollo de las ciencias desde fines del siglo XIX, su importancia crucial en el surgimiento de la ciencia en general y de la psiquiatría en particular en la Argentina y su impacto en el resto de los países de la región.

**Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina**, de Juan Carlos Stagnaro, es un profundo y documentado trabajo acerca de las investigaciones, publicaciones y corrientes de pensamiento que han intentado narrar una historia de la psiquiatría en la Argentina.

**Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay**, de Humberto Casarotti, presenta un panorama general del desarrollo de la especialidad en ese país desde la época colonial hasta nuestros días, mostrando el intrincado paisaje de relaciones políticas, sociales y culturales que determinan los destinos de las instituciones y las prácticas.

**Historia de la asistencia psiquiátrica en Brasil: el caso de la Colonia Juliano Moreira (1940-1954)**, de Ana Teresa Venancio, es un estudio de caso institucional que busca comprender la relación entre la asistencia a los enfermos mentales y las políticas sanitarias en el Brasil de la época.

**Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México, 1945-1968**, de Cristina Sacristán, es un lúcido análisis de las estrategias de legitimación y deslegitimación que pueden desarrollarse desde núcleos de poder científico y político en momentos cruciales de cambio en las estrategias de asistencia psiquiátrica para la salud pública; el inquietante caso mexicano aquí tratado puede servir también de estímulo para analizar similares estrategias de cambio en otros países de la región.

Ha sido para nosotros un estimulante y saludable ejercicio intelectual el preparar el presente Dossier, esperamos que nuestros lectores disfruten de su lectura y les genere un renovado interés por la historia de nuestra disciplina y la reflexión crítica de nuestras prácticas ■

# El Positivismo en Argentina y su proyección en Latinoamérica

Norberto Aldo Conti

*Profesor Titular de Historia de la Psiquiatría, Universidad del Salvador*

*Docente a cargo de Introducción a la Filosofía, Carrera de Médicos Psiquiatras, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires*

*Docente e Investigador del Instituto de Historia de la Medicina, Depto. de Humanidades Médicas, Facultad de Medicina,*

*Universidad de Buenos Aires*

*Miembro del Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría (APSA)*

*Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital José T. Borda (GCBA)*

## 1. El Positivismo: algunas cuestiones en torno a su definición

En líneas generales existe un consenso en la historia de la filosofía en llamar propiamente filosofía positivista a una forma de pensamiento que se inicia con la obra de Augusto Comte a partir de 1830 y se completa con el pensamiento de Herbert Spencer y Claude Bernard en la segunda mitad del siglo XIX; estos tres autores dan paso

así a tres vertientes del positivismo que si bien comparten ciertos presupuestos o rasgos no son siempre compatibles y suelen ser utilizadas para resolver diferentes problemas específicos, me refiero a lo que se ha dado en llamar: Positivismo Comteano, Positivismo Evolucionista Spenceriano y Cientificismo.

---

### Resumen

En el presente trabajo se discute el estatuto histórico-epistemológico del positivismo decimonónico europeo para luego desarrollar sus alcances en la constitución de las ciencias en general y en particular en la conformación de las disciplinas ligadas al comportamiento humano en el momento de la creación de las Instituciones de la Nación en la República Argentina. Se analiza el sesgo ideológico normativo y disciplinario que este pensamiento legitima en momentos centrales de construcción de identidad como es la época del Centenario. Finalmente se presenta una mirada de conjunto sobre la incidencia del positivismo en los países de la región observando en todos los casos el mismo sesgo planteado para el caso argentino matizado por variantes sociopolíticas y culturales locales.

**Palabras clave:** Positivismo - Evolucionismo - Psiquiatría - Psicología - Criminología - Pedagogía.

POSITIVISM IN ARGENTINA AND ITS SCOPE IN LATIN AMERICA

### Summary

In this paper the historical-epistemological statute of nineteenth-century European positivism is discussed to further develop its scope in the constitution of Science in general and in the conformation of the disciplines tied to the human behavior in the time of the creation of the nation's institutions in Argentina. The ideological bias that this thinking legitimates in key moments of identity construction, such as the Centenary period, is analyzed. Finally, emphasis is made on the incidence of positivism in other countries in the region observing in every case the same ideological bias found in the Argentinean case, tinged by cultural and socio-political variables.

**Key words:** Positivism - Evolutionism - Psychiatry - Psychology - Criminology - Teaching.



Siguiendo a Kolakowski (33) podemos identificar esos presupuestos compartidos con cuatro reglas:

1. La realidad sólo puede explicarse a través de los fenómenos y de la experiencia, no hay esencias que fundamenten los fenómenos, aceptar éstas significa aceptar una posición metafísica al respecto y el positivismo niega el valor cognoscitivo de todo enunciado metafísico.

2. El mundo que conocemos es un conjunto de hechos individuales observables y todo saber abstracto es un modo de ordenación concisa y clasificatoria de los datos experimentales.

3. Los juicios de valor carecen de importancia cognoscitiva.

4. Existe una unidad fundamental del método de la ciencia; se trata aquí de la certeza de que los modos de adquisición de un saber válido son fundamentalmente los mismos en todos los campos de la experiencia e idénticas las principales etapas de la elaboración de la experiencia a través de la reflexión teórica.

Pero también podemos sostener que este "*estilo positivista*" (33) de representar la realidad puede ser rastreado en otros momentos de la historia de la filosofía occidental al menos desde el nominalismo del siglo XI en adelante; en efecto, se trata de un lento y sostenido interés por el desarrollo de un análisis empírico de la naturaleza cada vez más alejado de la tutela divina que alcanza un momento culminante en lo que podríamos llamar el "*prepositivismo del siglo de las luces*", pensamiento en el cual encontramos una fuerte tentativa por situar al hombre en su medio biológico y social natural, por conocer la naturaleza humana a través del discernimiento de la anatomía y fisiología, en definitiva, un intento de colocar al espíritu humano en las coordenadas interpretativas de la naturaleza ya domesticada por las matemáticas. Situar este aspecto de la filosofía de las luces es de capital importancia para abordar, como lo haremos más adelante, algunas cuestiones acerca del positivismo en la Argentina (13, 14).

¿Qué es entonces lo privativo del pensamiento inaugurado por Comte para que solo él revista el nombre de *positivismo*? La respuesta está en el momento de su emergencia en torno a la revolución industrial. Este proceso extremadamente duro para la población, recientemente reconvertida de campesinos a obreros, no aportará mejoras sociales hasta bien entrado el siglo XIX. Baste recordar el "Ensayo sobre la población", publicado por Malthus en 1798, en el cual aseguraba, con implacable asepsia matemática, que mientras la población aumenta en forma geométrica el alimento lo hace en forma aritmética, concluyendo que nacen más individuos que los que pueden ser alimentados. Semejante dureza provocará una feroz competencia emprendida en forma individual por hombres, mujeres y niños necesitados de ser operarios. De aquí en más lo que identifica al individuo es su capacidad productiva expresada como fuerza de trabajo; ésta le confiere derechos y obligaciones, y también lo introduce en un orden legal y formal de transacciones y consumo. Como contrapartida, quien queda fuera del trabajo queda también fuera de ese orden adoptando for-

mas de vida marginales de las que nos ocuparemos más adelante (18).

Nos referiremos brevemente a los tres autores considerados como positivistas para comprender sus postulados en clave social. En primer lugar, Augusto Comte desarrolla su sistema maduro a lo largo de doce años - entre 1830 y 1842, fechas del inicio y final de la publicación de los cinco volúmenes de su "Curso de filosofía positiva". Para él la filosofía positiva es la historia real del espíritu humano, verdadera historia de la evolución natural del hombre expresada en la "ley de los tres estadios", teológico, metafísico y positivo, que marca el progreso de la conciencia humana desde un pensamiento mítico inicial hasta el racionalismo moderno capaz de ordenar, conocer y dominar a la naturaleza a partir de la formalización matemática y la contrastación empírica instrumental. Esta ley lo lleva a estructurar una clasificación de las ciencias ordenadas de lo más simple y seguro a lo más complejo e incierto; en la cual el nivel inferior se integra en el superior y es su condición de posibilidad. Queda así el siguiente ordenamiento: matemática, física, química, fisiología y física social o sociología. De esta manera la dinámica social se entiende científicamente a partir del análisis de las evidencias empíricas de interacción social interpretadas a la luz de sus propias leyes pero siempre sobre el fundamento sucesivo de la fisiología, la química, la física y, en última instancia, la matemática (39). Queda así ordenado todo el universo de conocimiento humano en función de leyes; nos dice el mismo Comte al respecto:

" .... Vemos que el carácter fundamental de la filosofía positiva es el de mirar todos los fenómenos como sujetos a leyes naturales invariables, cuyo descubrimiento preciso y reducción al menor número posible constituyen el objeto de todos nuestros esfuerzos...."

En esta misma dirección se desarrolla, en la segunda mitad del siglo XIX el pensamiento científico, y social. Por un lado, en 1868, Claude Bernard calibra una metodología de contrastación empírica de los procesos de salud y enfermedad que por los exitosos resultados obtenidos se transforma en poco tiempo en el *método experimental* propio del abordaje médico moderno, quedando aquellas prácticas que no lo utilizan muy desprestigiadas y virtualmente fuera del campo de la medicina, devenida ahora "*medicina científica*" (33). Por otro lado Herbert Spencer presenta, a partir de 1860, su *Sistema de Filosofía Sintética* en el cual propone un pensamiento evolucionista en clave social. Allí desarrolla los postulados de una interpretación de la vida social y de la historia humana que será conocida como positivismo evolucionista; en ella afirma, a grandes rasgos, que la especie humana ha evolucionado desde sus orígenes a través de mecanismos de selección natural con la necesaria y aceptable supervivencia de los individuos más aptos: a mayor evolución mayor adaptación; en el plano social la adaptación ambiental debe medirse como éxito económico, acceso a la educación, mejor calidad de vida, etc., de esta manera las desigualdades sociales no son más que la expresión de este proceso natural científicamente interpretado y

tan inexorable como la rotación de los astros. Se interpretan así las desigualdades internas y externas al proceso industrial occidental. Las desigualdades internas, que corresponden a un cúmulo de individuos excluidos del proceso económico fundamental e integrado por desocupados, enfermos, insanos, niños abandonados y delincuentes; este conjunto al que podemos llamar marginalidad es particularmente numeroso en las calles de Londres hacia 1880-1890. Las desigualdades externas corresponden a todas las culturas extrañas a Europa, estas son interpretadas como primitivas, entendiéndose que poseen actualmente un grado de desarrollo muy anterior en el proceso de la cultura occidental, lo cual justifica su colonización para ofrecerles formas de vida más evolucionadas; esto ocurre justo en un momento en el cual es vital para el sostenimiento del proceso industrial a gran escala la creación permanente de mercado donde colocar sus manufacturas (18, 33).

Que estas teorías pasaran, en pocos años de conjeturas heréticas a verdades consagradas, tal vez se pueda comprender mejor al observar el grado de funcionalidad que proveen al interior del proceso de industrialización. En efecto, el tipo de relación que el hombre entabla con sus congéneres y con el resto de la naturaleza en este proceso no puede ser mejor legitimado que con los presupuestos racionalistas subyacentes al naturalismo científico y al positivismo evolucionista. De allí entonces que el uso restrictivo del vocablo positivista sea en referencia a estas modalidades de representación de la realidad para las cuales la revolución industrial es su condición de posibilidad histórico social y de la cual se constituyen en fundamento filosófico.

## 2. Prolegómenos del Positivismo argentino: Ilustración e Ideología en el Río de la Plata

La Ilustración llegó a estas tierras a partir de las reformas borbónicas con la creación del virreinato del Río de la Plata, pero es a partir de la revolución de mayo de 1810 que su presencia es determinante en el pensamiento de los intelectuales porteños; es clara la relación de este pensamiento con el proceso revolucionario, el cual busca modelos teóricos alternativos al colonial: Manuel BeIgrano tradujo a Condorcet en 1794 y desde 1808 Cosme Argerich enseñaba la filosofía de Cabanis y Destutt de Tracy. Mariano Moreno durante sus estudios en Chuquisaca leyó a Montesquieu, Locke, Jovellanos, Rousseau y varios enciclopedistas. Sus lecturas económicas incluían a Adam Smith y Condillac e inmediatamente después de la revolución se encargó de traducir El Contrato Social de Rousseau. En la misma época creó la Biblioteca Pública de Buenos Aires y se ocupó de enviar a ella por decreto las bibliotecas privadas más importantes de la ciudad (13, 22, 23, 27, 52).

Pero será durante el intento de organización del estado llevado a cabo por Bernardino Rivadavia, en la década de 1820, que surgirá la Ideología como instrumento intelectual utilizado para vertebrar un discurso político racional, naturalista y anticlerical, alejándose a

pasos agigantados del viejo orden colonial. En este sentido los cursos de Ideología ocuparon un lugar central en la enseñanza de la naciente Universidad de Buenos Aires desde 1822 hasta 1842, siendo Juan Manuel Fernández de Agüero, quien dictó su Curso de Ideología entre 1822 y 1827, su exponente más destacado (13, 15, 22, 27); de él nos dirá Ingenieros cien años más tarde:

*“Los puntos de vista aceptados por la psicología biológica y la filosofía naturalista en nuestros últimos cincuenta años, están netamente planteados por Agüero, no como vagas intuiciones, sino como ideas definidas dentro de un sistema coherente y unitario”*

El pensamiento de este período prepara el desarrollo posterior del Positivismo en la medida que presenta, por un lado, una cosmovisión naturalista de la realidad fundamentada en el empirismo gnoseológico y en una orientación experimental de las ciencias que será retomada por el positivismo científicista de Ameghino, y por otro lado muestra una preocupación por los problemas sociopolíticos que se generan a partir de la Revolución de Mayo, problemas que serán retomados en el positivismo sociológico de la generación de 1880 durante la constitución del Estado Nacional (15, 52).

## 3. El Positivismo autóctono de la generación romántica

La llamada generación de 1837 (4, 63), cuyos exponentes principales son Juan Bautista Alberdi y Domingo Faustino Sarmiento, pretendió dar una explicación racional de la situación imperante durante la época de las guerras civiles hasta la organización del Estado Nacional; para ello apeló al análisis de factores étnicos, geográficos y económicos pretendiendo sentar bases objetivas que legitimaran sus propuestas de organización política, económica y social (3, 9, 50); este *realismo social*, como lo denomina Ricaurte Soler (52), ha sido interpretado en el caso de la obra de Alberdi como *positivismo autóctono*, concepción a la que adherimos ya que encontramos en él la condición fundante del positivismo en tanto pensamiento legitimante y legitimado por el proceso de la revolución industrial pero no contaminado por los cuadros conceptuales del positivismo europeo que se están desarrollando contemporáneamente al pensamiento de Alberdi (15, 16); nos dice este autor en su obra de 1853 *Bases y puntos de partida para la Organización Nacional* (3):

*“La nueva política debe tender a glorificar los triunfos industriales, a ennoblecer el trabajo, a rodear de honor las empresas de colonización, de navegación y de industria; a reemplazar en las costumbres del pueblo, como estímulo moral, la vanagloria militar por el honor del trabajo; el entusiasmo guerrero por el entusiasmo industrial que cambia la faz estéril de nuestros desiertos en lugares poblados”*

*“Nuestra juventud debe ser educada en la vida industrial ... la industria es el calmante por excelencia. Ella conduce por el bienestar y por la riqueza al orden, por el orden a la libertad ...”*

#### 4. Situación sociopolítica y económica en torno al surgimiento del positivismo argentino

A mediados del siglo XIX el país estaba muy lejos de insertarse en el mercado mundial; por un lado los países en proceso de industrialización mantenían un comercio regional europeo y aún no requerían insumos de alimentos y materias primas de ultramar ya que no presentaban un aumento importante de su población y tampoco había explotado su capacidad de producir manufacturas exportables a gran escala. Por otro lado la Argentina tampoco contaba con los requisitos mínimos para esta inserción: no se había producido la centralización política militar que permitiría la consolidación de un estado nacional y por lo tanto no tenía inversión de capitales ni crecimiento poblacional para llevar adelante la producción de bienes en gran escala.

Pero esas condiciones externas e internas comenzarán a constituirse a partir de la primera presidencia de Julio Argentino Roca, en efecto como ya lo hemos analizado oportunamente (18):

“...Roca asume la Presidencia el 12 de Octubre de 1880 con un discurso en el Congreso Nacional donde presenta las bases conceptuales de lo que será su proyecto de Nación y termina el mismo afirmando:

*“Somos la traza de una gran Nación, destinada a ejercer una poderosa influencia en la civilización de la América y del mundo ... es menester entrar con paso firme en el carril de la vida regular de un pueblo; constituido a semejanza de los que nos hemos impuesto como modelo; es decir necesitamos paz duradera, orden estable y libertad permanente.”*

*“Puedo así sin jactancia y con verdad decirlos que la divisa de mi gobierno será: Paz y Administración.” (2)*

Estas últimas palabras del discurso más célebre de Roca encarnan los ideales de aquella generación que lo acompañó en ese proyecto *de una gran nación* que se continuó hasta la época del centenario. Justamente, la historiografía contemporánea toma el período 1880-1916 como el momento del desarrollo y optimización del modelo agro-exportador que posteriormente entrará en un proceso de continua decadencia. Pero, para los hombres del centenario hay un convencimiento de ese prometido destino de grandeza que se sostiene en su realidad contemporánea: entre 1880 y 1916 la economía argentina se multiplicó nueve veces, el producto bruto creció en forma sostenida un 6% anual y el producto per cápita superaba levemente en crecimiento al de los Estados Unidos y holgadamente al de Francia, Gran Bretaña y Japón. La Argentina, tercer productor de trigo del mundo, detrás de Rusia y muy cerca de Estados Unidos, era entonces “el granero del mundo”; en 1910 trigo, maíz, lana y lino constituían las cuatro principales exportaciones, apareciendo la carne vacuna recién en el quinto lugar.

Ahora el país sí estaba integrado a la economía mundial como uno de los mayores proveedores de materia prima para los países industrializados y esto permitió

el desarrollo interno, en especial de bienes y servicios orientados a las exportaciones, tal vez el ejemplo más relevante sea el sistema ferroviario el cual en 1881 tenía un tendido de 2.400 km. y hacia el final de este período contaba con 34.000 km. contra 25.000 de México y 22.000 de Brasil. Se debe destacar en este proceso la presencia de la inversión extranjera, indispensable para que el crecimiento tuviera lugar, participaron capitales de Gran Bretaña, Francia, Alemania, Bélgica, Italia y Estados Unidos.

También, a partir de 1890, acompañando el crecimiento de la población y las mejoras en la calidad de vida para algunos sectores, asistimos a un desarrollo industrial significativo con el surgimiento de grandes fábricas de alimentos, bebidas, artículos de indumentaria y de ferretería; este proceso se reforzó marcadamente hacia 1900 por un intenso aumento de la demanda.

En este momento ya se ha consolidado definitivamente el Estado, esto es, un poder centralizado que ha dominado las situaciones locales y ha federalizado la Ciudad de Buenos Aires (25), el país está ahora articulado al mercado mundial. Esta nueva Argentina se encuentra además embarcada en una transformación social que no conoció ninguna otra nación de la América española, me refiero al fenómeno inmigratorio, lo que Romero llama el fin de la Argentina Criolla y el comienzo de la Argentina Aluvional. Solo en la ciudad de Buenos Aires entre 1869 y 1904 se quintuplicó la población a expensas de una inmigración que no condecía con el ideal alberdiano de trabajador europeo, el 90% correspondió a italianos y españoles que, empujados por el inevitable déficit habitacional acontecido, se hacinaron en antiguas casas familiares dando origen a una cultura de inquilinato conocida en la Argentina como *conventillo*, se calcula que, hacia 1904, existían en Buenos Aires alrededor de 140.000 habitaciones con hasta seis personas en cada una viviendo bajo este sistema. Desde el inicio de la corriente inmigratoria hacia 1870 y durante los sesenta años siguientes la población extranjera alcanzó al 60% del total en la ciudad de Buenos Aires y casi el 30% en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe.

Vemos entonces como surge aquí un nuevo actor en el escenario nacional, la masa como fenómeno político-social del cual se debe dar una pronta respuesta y rápida organización

#### 5. Surgimiento del Positivismo en Argentina: la generación del '80

Una elite intelectual acompaña el desarrollo de este proceso, a ellos conocemos como La Generación del '80. Esta generación intenta comprender la realidad que se presenta a sus ojos a través de la retícula teórica del Positivismo (15, 16, 17, 18, 33, 52).

Los pensadores positivistas argentinos pueden ser agrupados de la siguiente manera: por un lado los que responden a una matriz Comteana quedan ligados a la actividad pedagógica a través de la Escuela Normal de Paraná; fundada por Sarmiento en 1869 obtendrá desde el principio una reputación conocida en todo el país,

aquí se destacan Pedro Scalabrini, Víctor Mercante y Rodolfo Senet, que serán los teóricos de la educación. Por otro lado tenemos al llamado grupo universitario de matriz Spenceriana, que funda su credo en el biologicismo y el evolucionismo con una fuerte influencia del pensamiento cientificista de Florentino Ameghino, especialmente sus concepciones en torno a la filogenia y ontogenia extrapolados de la organización natural a la organización social (52). Este grupo tuvo una mayor incidencia en la vida política, sus hombres más destacados se dedicaron a la psiquiatría y la psicología en un momento en que la incipiente sociología y la psicología experimental estaban en pleno desarrollo (56, 57, 58). Su proyecto intelectual consistió en interpretar los fenómenos históricos y sociales con los principios de las ciencias naturales y desde esa perspectiva intentaron brindar los instrumentos necesarios para resolver los problemas que se le planteaban; este posicionamiento intelectual ha permitido referirse a ellos como la cultura científica del Buenos Aires finisecular (59). En esta línea es central el pensamiento de José María Ramos Mejía, Carlos Octavio Bunge y José Ingenieros. Forman parte también de esta generación Francisco Ramos Mejía, Eduardo Holmberg, Ernesto Quesada, Francisco de Veyga, Agustín Álvarez, José Nicolás Matienzo, Rodolfo Rivarola, Luis María Drago, Emilio Mitre y Horacio y Norberto Pinero (52).

## 6. Positivismo y Nación: respuestas políticas para males sociales

El problema principal que deben resolver por los pensadores positivistas es el del crecimiento vertiginoso de la población urbana, especialmente los efectos negativos de la misma que se expresan bajo las formas de hacinamiento, marginalidad, delincuencia y locura (18, 58, 60). A esta situación se agrega el hecho de que, en un país que recién se está organizando como nación, el brusco aumento poblacional es a raíz de la inmigración europea, pero no precisamente de la manera en que fuera idealizada en los escritos de Alberdi. En efecto, la mayor parte de los inmigrantes que habitaban la ciudad de Buenos Aires hacia el final del siglo XIX eran italianos del sur de la península, mientras que los inmigrantes del ideario alberdiano eran bien otros, como lo expresa en este párrafo de sus Escritos económicos:

*“el suelo más rico o más capaz de ser rico de Sud-América, será el que por sus condiciones geográficas, geológicas y climáticas, sea más capaz de atraer y fijar al poblador francés, inglés, suizo, alemán, italiano y español del norte. Porque será el trabajo de semejantes pobladores la verdadera causa de la riqueza de que este suelo sea capaz”*

Sobre esta situación no deseada los pensadores de cultura científica, aplicando la metáfora médica propondrán el diseño del Estado, en formación por aquella época, a través de un *diagnóstico* de las *enfermedades* sociales y unas *terapéuticas* correctivas adecuadas a cada situación (18); en este contexto las respuestas políticas implementadas fueron las siguientes:

a. *La construcción simbólica de la nacionalidad*: en esta tarea le cupo un lugar central a José María Ramos Mejía, quien estuvo al frente del Consejo Nacional de Educación y se encargó de organizar lo que Terán ha llamado *la liturgia patria*, conjunto de hechos, fechas, anécdotas heroicas, signos y símbolos patrios, inexistentes hasta entonces, cuya finalidad será hacer sentir la nacionalidad argentina a la masa inmigrante y fundamentalmente en sus hijos a través de la educación pública, gratuita y obligatoria (58).

b. *El desarrollo de un dispositivo de higiene urbana que acreciente la Salud Pública*: la prevención de enfermedades, el aseguramiento de las condiciones básicas necesarias de nutrición en la población en general son hechos indispensables para asegurar el normal desenvolvimiento de la población económicamente activa. A esta tarea se avocó Guillermo Rawson, presidente de la Asociación Médica Bonaerense, redactor de la Revista Médico Quirúrgica y primer Profesor Titular de la Cátedra de Higiene Pública de la UBA (32).

c. *La promoción de instituciones y leyes que ordenen y regulen las relaciones sociales de producción*: a este efecto se eleva al Congreso de la Nación un Proyecto de Ley Nacional del Trabajo en 1904 y en 1905 se promulga la primera ley obrera. En 1907 el Poder Ejecutivo crea el Departamento Nacional del Trabajo, siendo su primer presidente José Nicolás Matienzo (45).

d. El desarrollo de herramientas jurídicas e instituciones penales en arreglo a las doctrinas de la criminología positivista: los reformadores positivistas de la criminología argentina fueron Rodolfo Rivarola, José Nicolás Matienzo y Norberto Piñero, quienes escribieron el *Proyecto de Código Penal para la República Argentina* en 1898, que generó una notable influencia en la jurisprudencia posterior (37, 39).

## 7. Grandes temas del positivismo argentino

En esta necesidad de dar respuesta a los grandes problemas nacionales el positivismo argentino enhebra una serie de temáticas con el andamiaje teórico propio del positivismo europeo pero también con claras notas distintivas locales misturadas al rescoldo de los vaivenes políticos de turno. En una presentación muy sucinta algunas de estas temáticas son:

### 1. Raza

Existe un convencimiento en la existencia de razas superiores e inferiores, un racismo científico amparado en la observación empírica de los “comportamientos raciales” en Europa y Latinoamérica; justamente a esta última se le adjudica una preponderancia de razas subalternas responsables de sus marcadas dificultades para desarrollar el proceso de modernización impulsado por Europa y que lleva a hablar de un “continente enfermo” (5, 6, 7, 8, 44), como bien lo señala Augusto Bunge en 1915 en su obra *El culto de la vida*:

*“No creer en la existencia de razas inferiores y superiores podrá ser posible a un romántico pero no lo es en el concepto naturalista. El negro es antropológicamente inferior al caucásico, y se comprende que lo es también moralmente, si, saliendo de las vaguedades y de los casos individuales, se examinan los hechos en conjunto.”*

## 2. Nación

Cada conjunto poblacional, geográfica e históricamente situado constituye una nación y ésta se configura a partir del medio físico y social (8, 28). Cada pueblo o nación presenta una organización mental que expresa sentimientos e ideas que se articulan en la tradición y el folklore que le es propio. A este respecto nos dice José Ingenieros en 1920:

*“La nación es la patria de la vida civil ... supone comunidad de origen, parentesco racial, ensamblamiento histórico, semejanza de costumbres y de creencias, unidad de idioma, sujeción a un mismo gobierno ... es indispensable que los pueblos regidos por las mismas instituciones se sientan unidos por fuerzas morales que nacen de la comunidad en la vida civil.”*

## 3. Inmigración

El tópico alberdiano de la inmigración como motor del desarrollo de la nación es retomado por los pensadores positivistas a la luz de los resultados empíricos obtenidos. Sobre la noción de raza se interpreta el caótico presente urbano producto de la inmigración masiva acontecida, es probablemente Lucas Ayarragaray (5, 7) quien, en 1916 (6), expresa en forma más descarnada esa interpretación racista del fenómeno inmigratorio:

*“La fórmula empírica de gobernar es poblar ... nos hizo descuidar uno de los factores: el inmigrante, al recibir sin ningún contralor todos los registros de razas viejas y extenuadas ...”*

*“Nuestros anales criminales y los anales de los asilos están plagados de ejemplos de inmigrantes que, al poco tiempo de su arribo al país, fueron a hospitalizarse o a purgar sus crímenes en las cárceles públicas. Por esa razón, es tan primordial seleccionar la inmigración por una policía preventiva y por una legislación previsora, para no recibir en nuestro seno sedimentos o desechos de las viejas sociedades, y acumular en el país un stock de razas inferiores.”*

## 8. El Positivismo en el desarrollo de la Psiquiatría y disciplinas afines

Durante este período de constitución y consolidación del estado nacional la cultura científica argentina enhebra una serie de prácticas con sus correspondientes basamentos teóricos que generaron la conformación de diferentes campos disciplinares interconectados por una misma idea: la necesidad de organizar y normatizar las variadas conductas de esta nueva sociedad en formación en aras de un horizonte de orden y progreso a alcanzar en un corto plazo; surgen así la psiquiatría, la psicología, la pedagogía y la criminología las cuales comparten un

mismo objeto de estudio, la sociedad y un mismo marco referencial, el positivismo (16, 18, 52, 58, 59).

### a) Psiquiatría

Los hospicios de Buenos Aires fueron fundados entre 1853 y 1863 (30, 32, 34, 35) pero recién hacia 1880 se constituye la primera matriz disciplinar psiquiátrica porteña; ésta se organiza alrededor de la figura de Lucio Meléndez (54) quien fue nombrado Director Administrador del Hospicio de las Mercedes en el año 1876 comenzando un continuo proceso de reformas, mejoras y actualizaciones en el campo de la medicina mental que permitieron la valoración pública y reconocimiento de una capa social inexistente hasta entonces, el *alienista*; en efecto, Meléndez analiza en las páginas de la revista Médico-Quirúrgica (42), junto a otros importantes higienistas de la época, la situación social producida por la inmigración masiva y las respuestas necesarias de implementar desde la salud pública incluyendo el problema de la locura. Destaca, en un artículo de 1884, que los extranjeros constituyen las dos terceras partes del total de internados en los hospicios de la ciudad. Meléndez es nombrado, en 1886, Profesor Titular de la recién creada Cátedra de Enfermedades Mentales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, cargo que ocupará hasta su jubilación en 1893; durante sus años de magisterio Meléndez alcanzará un gran predicamento entre sus colegas y reconocimiento internacional, también será responsable de un importante cambio en la imagen de los manicomios en la sociedad como bien lo expresa Norberto Maglioni (12, 16) en su tesis doctoral sobre Los Manicomios de 1879 (20):

*“... Es una institución necesaria para el perfecto funcionamiento del Estado y constituye uno de los servicios más interesantes de la Administración Nacional, su carácter moral consiste en ser un asilo en donde mediante formalidades legales rigurosas es admitido el enajenado en beneficio de su familia y de la sociedad, recibe la asistencia que exige su curación y bienestar físico y moral, y se halla bajo el amparo tutelar de la ley, que, asemejándolo a un menor defiende su persona e intereses”*

Finalmente, al retirarse, lo sucede en esta empresa Domingo Cabred, quien lo reemplaza en la dirección de la Cátedra en 1892 y del Hospicio en 1893. Al retiro de Meléndez el complejo institucional de control de la locura (18, 60, 61) ya se encuentra constituido; Cabred intensificará su desarrollo, siendo uno de sus mayores logros la inauguración de la Colonia para alienados Open Door en Luján en el año 1901. Durante este período la creación de Instituciones psiquiátricas se abre en todas direcciones (21); en 1884 se funda el Hospital Melchor Romero, en 1890 el Hospital de Alienados de Córdoba, en 1908 se inauguran el Asilo Quinta de Lomas, la Colonia de Torres en la Provincia de Buenos Aires y la Colonia de Oliva en la Provincia de Córdoba (30, 34). En el plano académico, Cabred permanecerá al frente de la Cátedra de Psiquiatría hasta su jubilación en 1916 y será el responsable de la creación del Laboratorio de Anatomía Patológica del

Hospicio de las Mercedes y de la contratación del neuropatólogo alemán Cristofredo Jakob, creador de la escuela neurobiológica argentina, quien trabajó en el hospicio de hombres entre 1900 y 1910 y, luego de un corto regreso a Alemania, se radicó definitivamente en la Argentina trabajando desde 1912 hasta su jubilación en el hospicio de mujeres donde también se creó para él un Laboratorio de Anatomía Patológica.

#### b) Psicología

El desarrollo de la psicología se da, desde principios de la década del 90, sobre el horizonte de la recientemente creada psicología experimental (48, 62); en efecto, doce años después de que Wundt fundara su laboratorio en Leipzig (1879), en 1891 Víctor Mercante realiza la primera investigación de psicología experimental en la provincia de San Juan con fines pedagógicos (48, 52, 55). En 1892 Carlos Rodríguez Etchart enseña por primera vez Psicología Experimental en el Colegio Nacional de Buenos Aires y en 1896 se crea la Cátedra de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires siendo Profesor Titular Rodolfo Rivarola, quien da un curso estrictamente teórico. En 1898 se crea, en el Colegio Nacional de Buenos Aires (31, 62) el primer laboratorio de psicología experimental bajo la dirección de Horacio Piñero, quien era Profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina en donde introduce nociones de psicología experimental; por este motivo es invitado, en 1901, a dictar un curso libre de psicología experimental en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires y en 1902 reemplaza a Rivarola en la Cátedra de Psicología de esa casa de estudios y crea el primer laboratorio universitario de Psicofisiología fundamentando en la investigación biológica sus desarrollos psicológicos y sociológicos; a esa misma Cátedra accede como Profesor Suplente en 1904 José Ingenieros (41) y dos años más tarde Francisco de Veyga (64). En 1906 se funda el Instituto Nacional del Profesorado funcionando allí una Cátedra de Psicología donde se crea un Laboratorio de Psicología Experimental organizado por Félix Krueger, discípulo de Wundt (48).

A fines de 1908 se crea la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, según nos dice Ingenieros:

*"...con el concurso de casi todos los hombres de estudio que cooperan a enriquecer la bibliografía argentina en la materia y de los profesores universitarios de esta ciencia y sus afines."*

Los estatutos de la Sociedad reglamentan la creación de cuatro secciones: psicología normal, psicología anormal, psicología pedagógica y psicología social; en sus pocos años de existencia esta Sociedad desarrolló una intensa actividad contando entre ellas la organización de la Sección Ciencias Psicológicas del Congreso Internacional Americano de 1910 y la creación de los Anales de Psicología de los cuales se publicaron tres volúmenes en 1910, 1911 y 1914 con un total de 49 trabajos estando entre sus autores: José Ingenieros, Víctor Mercante, Cle-

mente Onelli, Horacio Piñero, Carlos Rodríguez Etchart, Rodolfo Senet, Francisco de Veyga, Florentino Ameghino, Alejandro Korn, Rodolfo Rivarola, José María Ramos Mejía, Cristofredo Jakob, Eusebio Gómez y Horacio Areco; la Sociedad se disolvió en 1914 (48, 62).

#### c) Pedagogía

La escuela Normal de Paraná, en la provincia de Entre Ríos, es el punto de partida de la pedagogía positivista que se desarrolla en estos años en Argentina; en ella se busca un fundamento científico para todos los niveles de enseñanza partiendo del estudio de la psicología del niño normal y particularmente de los datos de la psicología experimental en torno al trabajo escolar. Su primer referente fue Pedro Scalabrini, quien enseña las doctrinas comteanas; su discípulo Víctor Mercante fue, como ya dijimos, el creador del primer laboratorio de psicología experimental cuando estuvo a cargo de la Escuela Normal de San Juan, en 1891, y funda también, en 1906, los Archivos de Pedagogía y Ciencias Afines. Otro miembro prominente de esta escuela es Rodolfo Senet quien se dedica al estudio de la psicología infantil normal y patológica y sus relaciones con la pedagogía (47, 52, 55).

En la ciudad de Corrientes se desarrolla otro grupo de pedagogía positivista en torno a la figura de Alfredo Ferreira quien funda junto con Pablo Pizzurno en 1892 la primera publicación sobre pedagogía, la revista *La Nueva Escuela*, Ferreira tiene una importante actividad institucional como Ministro de Instrucción Pública y Director General de Escuelas de la Provincia de Corrientes y posteriormente como Vice-Director del Consejo Nacional de Educación; también fue Presidente del Comité Positivista Argentino, Vice-Presidente del Comité Positivista Internacional con sede en París y redactor de la revista *El Positivismo* (48).

El Congreso Científico Internacional Americano de 1910, realizado en mayo de ese año en Buenos Aires como parte de los festejos del Centenario, es el escenario en el cual se expresa más claramente el pensamiento de la pedagogía positivista argentina; allí, en la Sección Ciencias Psicológicas, presidida por Horacio Piñero, casi el 60% de los trabajos presentados se refieren a la niñez y las intrincadas relaciones entre niño normal, niño patológico y educación; Rodolfo Senet en su trabajo *La psicología anormal y la educación*, sostiene que *"En la escuela ... debe poder realizarse la clínica de la conducta del alumno que vendrá a sustituir con diagnósticos más precisos, la vaga denominación del mal estudiante ..."*; la Dra. Elvira Rawson de Dellepiane agrega que, una vez detectados los anormales, deben ser separados a fin de que no sean un peligro para los normales y para que se le pueda aplicar la terapéutica correspondiente. Como conclusión de esta sesión, su secretario Víctor Mercante sostiene que con los grupos de atrasados, débiles mentales y degenerados, existe la necesidad de segregarlos y someterlos a regímenes especiales, pues su contacto pervierte el carácter de los equilibrados. No escapa a este grupo de intelectuales de la educación el reconocimiento de los alcances políticos de sus propuestas, como bien queda indicado por Rodolfo Rivarola en el

discurso inaugural de la Sección Ciencias Psicológicas cuando dice:

*"No es indiferente para la educación que el fin del Estado indique una tendencia ... Hasta hoy educamos sin saber claramente si tenemos que preparar guerreros o agricultores ... Preferimos la educación liberal a la sectaria, y deseamos que el Estado continúe la primera. Pero en la organización de la ciencia no se trata de saber si el temperamento de un ministro es sectario o liberal, sino si científicamente debemos aspirar a la seguridad nacional que suprimirá muchas supuestas libertades individuales, o a la independencia individual que podrá poner en peligro a la seguridad nacional."*

#### d) Criminología

En 1888 se funda en Buenos Aires la *Sociedad de Antropología Jurídica Argentina* y, uno de sus principales animadores, Francisco Ramos Mejía, presenta un trabajo pionero titulado *"Principios Fundamentales de la escuela Positiva de Derecho"*; en ese mismo año, otro miembro fundador de la Sociedad, Luis María Drago, publica *Los hombres de presa*; ambos trabajos son elogiados por Lombroso quien además escribe el prólogo de la edición italiana del libro de Drago que se publica, en 1890, con el título de *El criminal nato*; para este autor, una vez delimitadas las anomalías somáticas y psíquicas de los delincuentes es posible tipificar científicamente la *constitución criminal* y obrar en consecuencia. Critica en este punto el derecho penal de la época por considerarlo benigno e insuficiente ya que afirma:

*"El Estado no solo tiene el derecho sino el deber de defenderse de los criminales, el orden y la seguridad de las sociedades dependen de esta función represiva que le está encomendada."*

En 1892 Francisco de Veyga, médico militar crea una Sala de Observación de Alienados en el Depósito de Contraventores de la Policía; su interés se centra en ciertos sujetos lindantes entre la patología y la marginalidad: son los *vagos, prostitutas, invertidos sexuales, inmigrantes perdidos, borrachos, mendigos, pequeños delincuentes*. de Veyga es nombrado Profesor de Medicina Legal en la Universidad de Buenos Aires en 1894 y dicta, en 1897, el primer curso de Antropología y Sociología Criminal; para este autor crimen, locura e inmoralidad son nociones inseparables. En 1902 aparecen los *Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines* dirigido por José Ingenieros en donde de Veyga publica sus trabajos pioneros sobre inversión sexual; la revista desaparece en 1913. En 1907 José Ingenieros es nombrado Director del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional; su función será estudiar científicamente a los delincuentes, para comunicar sus hallazgos crea un Boletín Médico Psicológico. En este contexto Ingenieros dirá:

*"La antropometría de los delincuentes es análoga a la de todos los demás degenerados; los caracteres diferenciales deben buscarse en el terreno de la psicopatología"*

Vemos así que tipificación científica, medicalización y control social son los ejes sobre los cuales se constru-

yen los diferentes dispositivos de la criminología positivista argentina (11, 18, 37, 48, 52, 64).

## 9. Conclusiones acerca del positivismo en la Argentina

El ciclo del pensamiento positivista en la Argentina abarca aproximadamente un siglo, desde los precursores cursos de Ideología dictados en la Universidad de Buenos Aires hacia 1822 (13, 27, 29, 52, 53), con su impronta empirista, fisiologista, antimetafísica y anticlerical, hasta los últimos artículos de la Revista de Filosofía publicados hacia fines de la década de 1920 (1). Durante todo ese largo período el positivismo se comportó siempre como un pensamiento de acción, nunca cerrado a la especulación intelectual, siempre abierto al gran laboratorio de la experimentación social a través del cual delineó y puso en práctica un amplio bagaje de respuestas a los problemas de su época, encuadradas en los lineamientos del naturalismo evolucionista de la matriz originaria europea pero siempre aderezadas por el color local (43, 52, 59), fruto de la economía y política domésticas y de los prejuicios de clase de los actores intelectuales que lo representaban (5, 10, 11, 19).

## 10. El Positivismo en Latinoamérica: una aproximación bibliográfica

¿Qué y desde cuándo se ha escrito acerca del positivismo en América Latina? Ésta ha sido la pregunta que articula nuestra investigación del positivismo por fuera del análisis específico del fenómeno en Argentina.

A este respecto hemos encontrado como primera referencia una cita del venezolano Fermín Toro (1806-1865) en un artículo de 1845 (46), en el cual dice:

*"Conozco que, en el estado actual de nuestra sociedad, en el positivismo que comienza a dominarla, es muy difícil hacer valer toda la importancia de un principio moral, absoluto y universal. El hombre positivo es hoy el dominador de la sociedad ..."*

Resulta llamativo lo temprano de esta cita pero puede entenderse en la medida que se trata de un intelectual con carrera diplomática en Europa que residió en Londres entre 1839 y 1841.

También es algo anterior, respecto al resto del continente, la publicación, en 1858, de *Elementos de matemática*, obra editada en el estado de Bahía, en Brasil, por Antonio Ferrao Moniz Aragao (1813-1887) quien escribe una introducción al positivismo y es considerado, por algunos, el introductor del positivismo en Brasil habiendo sido discípulo de Augusto Comte y amigo personal de John Stuart Mill (26, 46).

Pero es desde 1860 en adelante que se suceden las publicaciones y las referencias al positivismo a lo largo de todo Latinoamérica: en 1860 ocurre la introducción del pensamiento de Spencer en el Perú en donde es entendido como *"la más genuina realización de los ideales positivistas"* según refiere Salazar Bondy (1965); en 1863

el mexicano Gabino Barreda (1818-1881) publica *La educación moral*, el 16 de septiembre de 1867 lee la *Oración cívica* en Guanajuato y en 1875 publica *Algunas ideas respecto de la instrucción primaria* (Terán, O. 1986). En 1890 José Gil Fortoul (1861-1943) publica *Ensayo de sociología venezolana*; en 1899 el mexicano Francisco Bulnes (1847-1924) publica *El porvenir de las naciones hispanoamericanas*. En 1905 el cubano José Enrique Varona publica *El imperialismo a la luz de la sociología*; en 1907 Francisco García Calderón publica *La psicología del pueblo peruano*, en 1908 el chileno Tomás Guevara (1865-1953) publica *Psicología del pueblo araucano*. En ese mismo año el mexicano Andrés Molina Enríquez (1868-1940) publica *Los grandes problemas nacionales*; en 1909 el boliviano Alcides Arguedas (1879-1946) publica *Pueblo enfermo. Psicología de los pueblos hispanoamericanos* y en 1916 Alfredo Espinosa Tamayo (1880-1918) publica *Psicología y sociología del pueblo ecuatoriano*. Vemos así como en aproximadamente sesenta años el positivismo germina en todo Hispanoamérica con una fuerte presencia del pensamiento sociológico, pero también, aunque no se refleje en estos títulos, de la pedagogía y el pensamiento científico (46).

Siguiendo esta aproximación bibliográfica encontramos los trabajos escritos por intelectuales europeos acerca de la producción positivista latinoamericana; tenemos entonces que en 1881 Severin Smolikowsky publica una obra en polaco titulada *La doctrina de Augusto Comte sobre el Estado Social* en la cual, en el tomo I, dedica un apartado a la presencia del positivismo comteano en Latinoamérica y en 1891 el jesuita holandés H. Grüber publica en alemán una obra traducida al francés en 1893 con el título *Le positivisme depuis Comte jusqu'à nos jours* (El positivismo después de Comte hasta nuestros días) en la cual trata detalladamente los desarrollos del positivismo brasileño y también reseña estudios de algunos autores latinoamericanos como el chileno José Victorino Lastarria (1817-1888) y el cubano Enrique José Varona (1849-1933) (52).

Por otro lado tenemos las publicaciones periódicas sobre positivismo europeo en donde desde fecha más temprana aparecen referencias y trabajos sobre el positivismo en Latinoamérica; en 1876 Emile Littré publica en *La Philosophie Positive*, 12 s., 9 a., N. 3, un artículo titulado *Conferencia sobre la Filosofía Positiva* en Santiago de Chile, en la cual hace referencia a la obra de Lastarria *Lecciones de Política Positiva* publicada en 1874 y reeditada en 1875; esta misma revista publica noticias sobre los desarrollos positivistas enviadas desde Chile, Brasil y México, también allí se publica, en 1878, un artículo de Georges Hammeken titulado *La Filosofía Positivista* en México (52).

Finalmente debemos citar el interés europeo por las obras de los positivistas latinoamericanos mensurable a través de las ediciones españolas y las traducciones al francés, italiano y alemán de libros de José Ingenieros, José Victorino Lastarria, Carlos Octavio Bunge, Florentino Ameghino, Luis María Drago, Pedro Fígari, José Nicolás Matienzo, Rodolfo Rivarola, Antonio Dellepiane y Mariano Cornejo, entre los más destacados.

Para finalizar podemos decir, en líneas generales, que la mayor preocupación que se encontrará en los pensadores positivistas latinoamericanos es acerca de la manera de encausar las problemáticas locales en el tren de la historia que se escribe desde Europa, la marginalidad, la pobreza, la desigualdad social, el manifiesto atraso material observado en los diferentes países del continente será, casi siempre, interpretado desde la retícula positivista con un marcado racismo eurocéntrico que remarcará la causalidad local de las desgracias y la necesidad de instaurar políticas activas que aseguren los debidos reajustes de la estructura social dentro de un orden previamente establecido que permita, en mayor o menor medida según los casos, alcanzar el progreso prometido por el sistema ■

## Referencias bibliográficas

1. AAVV. *Revista de Filosofía 1915-1929*. Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes, 1999.
2. AAVV. *Grandes discursos de la Historia Argentina*. Buenos Aires, Aguilar, 2000.
3. Alberdi JB. *Bases y puntos de partida para la organización nacional*. Buenos Aires, CEAL, Biblioteca Argentina Fundamental, 1979.
4. Alberini C. *La Metafísica de Alberdi*. En: *Archivos de UBA*. Tomo IX, 4, 1934. p. 234.
5. Ayarragaray L. *La constitución étnica argentina y sus problemas*, Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene. Libro C, Tomo I, 1910. p. 173-189.
6. Ayarragaray L. *La mestización de las razas en América y sus consecuencias degenerativas*. *Revista de Filosofía, Cultura, Ciencias, Educación*. Tomo II. 1916. p. 21.
7. Ayarragaray L. *Mestización e higiene social en la Argentina*. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*, 1930. p. 39.
8. Biagini H. *Acerca del carácter nacional*. En: Biagini H



- (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
9. Botana N. La Tradición Republicana. Buenos Aires, Sudamericana, 1984.
  10. Bunge CO. Principes de Psychologie individuelle et sociale. Paris, Félix Alcan ed., 1903.
  11. Bunge CO. Estudios Filosóficos. Buenos Aires, Ed. Vaccaro, 1919.
  12. Candiotti M. Bibliografía Doctoral de la Universidad de Buenos Aires y catálogo de las Tesis en su primer centenario, 1821-1920. Buenos Aires, Talleres del Ministerio de Agricultura de la Nación, 1920.
  13. Conti N. Juan Manuel Fernández de Agüero y Diego Alcorta: Ideología y Locura en el Río de la Plata. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 1997; 2: 3-16.
  14. Conti N. ¿Qué es la ciencia hoy? Una aproximación a la epistemología contemporánea. *Clepios* 1998; 13: 110-114.
  15. Conti N. Una propuesta historiográfica para la historia de la psiquiatría en la Argentina. En: Stagnaro JC, Weissmann P (comp.). Memoria e Historia. Buenos Aires: Polemos; 2000.
  16. Conti N. Las tesis de psiquiatría en la Facultad de Medicina, 1880-1910. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2002; 9.
  17. Conti N. Las Tesis Psiquiátricas en la Universidad de Buenos Aires (1880-1910). En: Huertas, Fuentenebro y Valiente (comp.). Historia de la Psiquiatría en Europa. Madrid: Editorial Frenia; 2003.
  18. Conti N. Aspectos sociales, políticos y culturales en torno a la Organización Nacional (1880-1910). *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2004; 21.
  19. Conti N. La psicología Social de Carlos Octavio Bunge y los alcances de su teoría de la subconciencia-subvoluntad. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2008; 25.
  20. Conti N. Primeras voces de reforma en Buenos Aires: El manicomio moderno en la tesis doctoral de Norberto Maglioni (1879). *Vertex* 2009; 20 (88): 474-476.
  21. Conti N. Domingo Cabred y las Instituciones de Salud Pública en la Argentina. *Vertex* 2010; 21 (90): 154-155.
  22. Chiaramonte JC. La Ilustración en el Río de la Plata. Buenos Aires, Puntosur, 1989.
  23. Chiaramonte JC. Formas de identidad en el Río de la Plata luego de 1810. Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Enrique Ravignani, Tercera Serie, N° 1, 1989.
  24. Chiaramonte JC. La cuestión regional en el proceso de gestación del estado nacional argentino, en Estado y Sociedad en el pensamiento nacional. Buenos Aires, Cántaro, 1989.
  25. Datri N. Del 80 al 90 en la Argentina. Buenos Aires, Peña, 1973.
  26. Dos Santos R. El Positivismo en Iberoamérica: caso Argentino y Brasileño. *Quinto Centenario* 1989; 15.
  27. Fernández de Agüero JM. Principios de Ideología. Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Filosofía, 1940.
  28. Galletti A. Ideas políticas y sociales. En: Biagini H (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
  29. Ghioldi DVD. Filosofía Argentina. Los Ideólogos. Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, 1938.
  30. Guerrino A. La psiquiatría argentina. Buenos Aires, Ed. Cuatro, 1982.
  31. Gutiérrez JM. Origen y desarrollo de la Enseñanza Pública Superior en Buenos Aires. Buenos Aires, La cultura Argentina, 1915.
  32. Kohn Loncarica A, Agüero A. El contexto médico. En: Biagini H (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
  33. Kolakowski L. La filosofía positivista. Madrid, Cátedra, 1988.
  34. Lardiez González J. La psiquiatría Argentina del siglo XIX. Buenos Aires, Facultad de Medicina, UBA, Tesis Doctoral, 1953.
  35. Loudet O. Historia de la Psiquiatría Argentina. Buenos Aires, Troquel, 1971.
  36. Loudet O. Ensayos de crítica e historia. Buenos Aires, Academia Nacional de Letras, 1975.
  37. Marí E. El marco jurídico. En: Biagini H (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
  38. Marí E. Elementos de epistemología comparada. Buenos Aires, Puntosur, 1989.
  39. Marí E. Papeles de Filosofía II. Buenos Aires, 1996.
  40. Martínez de Codes R. El positivismo argentino: una mentalidad en tránsito en la Argentina del Centenario. *Quinto Centenario* 1988; 14.
  41. Matusevich D. José Ingenieros y sus escritos sobre sexualidad. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 1998; 3: 3-21.
  42. Meléndez L, Coni E. *Revista Médico-Quirúrgica* 1879; XIV: 47-48.
  43. Monserrat M. La presencia del evolucionismo. En: Biagini H (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
  44. Ramos Mejía JM. Las multitudes argentinas. Buenos Aires, Belgrano, 1977.
  45. Recalde H. La higiene y el trabajo. Vol. 2. 1870-1930. Buenos Aires, CEAL, 1988.
  46. Roig A. Teoría y crítica del pensamiento latinoamericano. México, FCE, 1981.
  47. Rossi G. La locura en los niños hacia finales del siglo XIX en Buenos Aires. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2003; 17.
  48. Rovaletti L. Panorama psicológico. En: Biagini H (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
  49. Salvadores A. La UBA., desde su fundación hasta Rosas. Biblioteca de Humanidades, Tomo XX, La Plata, UNLP, 1937.
  50. Sarmiento DF. Facundo. Buenos Aires, Biblioteca Ayacucho, 1986.
  51. Schuster F. El concepto de ciencia. En: Biagini H (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
  52. Soler R. El positivismo Argentino. Buenos Aires, Paidós, 1968.
  53. Stagnaro JC. Diego Alcorta. *Vertex* 1990; 1 (1).
  54. Stagnaro JC. Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la psiquiatría argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 1997; 1: 3-16.
  55. Tedesco JC. La Instancia educativa. En: Biagini H (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
  56. Terán O. En busca de la ideología argentina. Buenos Aires, Catálogos, 1983.
  57. Terán O. José Ingenieros, Pensar la Nación. Buenos Aires, Alianza, 1986.
  58. Terán O. Positivismo y Nación en la Argentina. Buenos Aires, Puntosur, 1987.
  59. Terán O. Vida intelectual en el Buenos Aires fin-de-siglo (1880-1910). Buenos Aires, FCE, 2000.
  60. Vezzetti H. La locura en la Argentina. Buenos Aires, Paidós, 1985.
  61. Vezzetti H. El discurso psiquiátrico. En: Biagini H (comp.). El movimiento positivista argentino. Buenos Aires: Ed. de Belgrano; 1985.
  62. Vezzetti H. El nacimiento de la Psicología en la Argentina. Buenos Aires, Puntosur, 1987.
  63. Weinberg F. El salón literario de 1837. Buenos Aires, Hachette, 1977.
  64. Weissmann P. Francisco de Veyga. Prolegómenos de la clínica criminológica en la Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 1999; 7.
  65. Weissmann P. Concepciones sobre la adolescencia en la Argentina en los albores del siglo XX. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 2003; 18.

# Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina

**Juan Carlos Stagnaro**

*Profesor Regular Titular, Depto. de Salud Mental,*

*Docente e Investigador del Instituto de Historia de la Medicina, Depto. de Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.*

*E-mail: stagnaro@speedy.com.ar*

## Introducción

La historia de la psiquiatría ha conocido un inusitado auge durante las últimas décadas. Según una definición clásica y general<sup>1</sup> se entiende que la historiografía es la historia del registro escrito de lo que se conoce sobre el pasado de las sociedades humanas y la forma en que los historiadores han intentado estudiarlo. El segundo aspecto mencionado, se enmarca, para muchos autores, en esa rama particular de estudios históricos que es la historia

de la historiografía: el análisis de la historia escrita, de las descripciones del pasado; más específicamente, de los enfoques dados a la narración, interpretaciones, uso de las fuentes y métodos de presentación por parte de los historiadores; y, también, el estudio de estos mismos, y de sus actividades e instituciones de investigación entendidos a la vez como sujetos y objetos de la ciencia.

---

## Resumen

Las investigaciones históricas centradas en el estudio de las ideas sobre la locura y sobre la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina, publicadas hasta 1980, fueron pocas y dispersas a lo largo de más de un siglo. Algunas de ellas, sin embargo, constituyeron fuentes de datos útiles para permitir los desarrollos posteriores que están aún, en gran medida, en construcción. En los últimos años han surgido nuevos proyectos de tipo colectivo que adoptan nuevos perfiles metodológicos para abordar el tema. A tal efecto, resta establecer un vasto plan de investigación y recopilación de fuentes primarias, organizar y diseñar una formación de recursos humanos adecuada para investigaciones futuras y asegurar más sólidamente su publicación y difusión. En este artículo de carácter introductorio, predominantemente descriptivo y panorámico, se pasa revista a las principales obras y autores y a sus concepciones teóricas situándolas en el contexto de su época.

**Palabras clave:** Historiografía - Historia de la locura - Historia de la psiquiatría - Argentina.

EVOLUTION AND SITUATION OF THE HISTORIOGRAPHY OF PSYCHIATRY IN ARGENTINA

## Summary

Historical researches focusing on the study of the ideas on madness and on psychiatry as a medical specialty in Argentina published until 1980 were few, and they were scattered throughout a time period covering more than a century. Some of them, however, constituted sources of useful data that contributed to subsequent developments which are still, in great measure, under way. New collective projects adopting new methodological approaches to address the subject have emerged in recent years. In this respect, the establishment of a vast plan for the research and compilation of primary sources, the organization and development of a formation of human resources that may adequately meet future research work, and a more solid assurance of the publication and divulgation of this research work are still pending. This article –of an introductory nature and predominantly descriptive and panoramic–, reviews the main works and authors and their theoretical conceptions, situating them in the context of their time.

**Key words:** Historiography - History of madness - History of psychiatry - Argentina.

---

N.B.: Este artículo completa y actualiza una comunicación previa aparecida en *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. VI, pp.7-37, 2006. El autor agradece a su Comité editorial la autorización para utilizar ese material en la preparación del presente artículo.

<sup>1</sup> Esta definición parece seguir siendo compartida por la comunidad de historiadores como lo demuestra la encuesta realizada por los responsables del foro Historia a Debate recientemente (ver resultados en [www.h-debate.com](http://www.h-debate.com)).

Es desde esta última perspectiva que se presentará, en las páginas que siguen, una síntesis introductoria, descriptiva y panorámica de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. Puestos a esa tarea, a poco de analizar los datos disponibles, se comprueba que la historia de la psiquiatría en la Argentina ha sido insuficientemente explorada: las investigaciones realizadas, dispersas a lo largo de un siglo y medio, fueron muy pocas.

Ese dato cuantitativo debe complementarse con una apreciación cualitativa. Hasta aproximadamente 1980 su factura obedeció a los cánones de una historia que se ha calificado como tradicional<sup>2</sup> caracterizada por su gusto por la crónica, la acumulación de datos biográficos, frecuentemente apologeticos, de los “grandes maestros” y las reseñas de la evolución edilicia de las principales instituciones hospitalarias. Algunos de esos trabajos, en su calidad de fuentes secundarias, constituyeron recopilaciones de datos útiles para permitir desarrollos posteriores<sup>3</sup>. El predominio de esa manera de pensar y escribir la historia se vio transformado por la aparición, en 1982, de *La locura en la Argentina* de Hugo Vezzetti.

Los pioneros en el tema produjeron en soledad y solamente en los últimos años se han esbozado proyectos de tipo colectivo para abordarlo; como también se detallará luego. A los efectos de organizar la información relativa a los enfoques historiográficos que presentamos hemos practicado, y comentaremos, una selección de los autores y textos representativos de las posiciones más acabadas. Con esto no se agota la información disponible, pero se puede apreciar un panorama suficientemente amplio como para situarse en relación al propósito central de este artículo. Es importante señalar la ausencia de profesionalización entre los historiadores de la psiquiatría en la Argentina, por ende, prácticamente toda la producción historiográfica que vamos a comentar fue resultado de la labor realizada por médicos psiquiatras que ejercieron y ejercen, simultáneamente con sus investigaciones históricas, una tarea clínica en la práctica hospitalaria y/o privada.

## El ordenamiento del campo historiográfico

La clásica advertencia de Henri Berr y Lucien Febvre sobre la periodización, en tanto problema metodológico de importancia primordial en la historiografía<sup>4</sup>, se aplica a la historia de la psiquiatría. Una adecuada formulación de la misma en el campo específico que estudiamos debe guiarse por la identificación de los cambios cualitativos experimentados en su decurso temporal trascendiendo la mera secuencia cronológica. En esa tarea uno de los problemas epistemológicos más complejos para establecer una periodización es lograr una homogeneidad teórica o un criterio común para todos los períodos que la componen.

Los procesos históricos se desarrollan en dos coordenadas: el tiempo y el espacio. Así como el primero es una construcción mental en permanente cambio, que el historiador utiliza para enmarcar un determinado espacio geográfico que le permite situar claramente su objeto de estudio; asimismo, el tiempo es una categoría creada y periodizada por el hombre para ubicar los procesos sociales. De tal forma que sin la perfecta sincronía entre los dos ejes cardinales del quehacer histórico, resulta difícil explicar y comprender los hechos históricos<sup>5</sup>. No obstante, dado que el tiempo es a la vez una categoría filosófica y una medida cronográfica, toda periodización, es artificial y debe ser utilizada como una hipótesis de trabajo, con límites siempre abiertos que permitan cierta flexibilidad, y no como un hecho dado<sup>6</sup>.

Algunos precedentes en la historia de la medicina y de la psiquiatría pueden servir de inspiración<sup>7</sup>. En ellos, como ya se ha señalado para otros campos de la historiografía<sup>8</sup>, se puede apreciar la disparidad de criterios que se justifican, al menos en parte, por la construcción que cada historiador practicó según las preguntas que se haya hecho y las necesidades de la explicación o narración que quiso formular.

Para la historiografía de la psiquiatría, en tanto parte de la historia de las disciplinas, se impone, definitivamente, a los efectos de discernir una periodización útil, superar el “internalismo”, dejando lugar a una perspec-

<sup>2</sup> Tal como la define Rafael Huertas en Huertas, R. (2001), “Historia de la psiquiatría ¿Por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”, *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría*, 1, 1.

<sup>3</sup> En este artículo se mencionarán los más importantes. Una enumeración más detallada se puede consultar en Guerrino, A. A. (2002), *Bibliografía Histórica de la Medicina Argentina*, Buenos Aires, Editorial Dunken.

<sup>4</sup> Berr, H, Febvre, L. (1952), “History and historiography” en *Enciclopedia of social sciences*, t. VI, Nueva York.

<sup>5</sup> Castañeda, C. (1997), El tiempo de la historia y el problema de la periodización, *Estudios del hombre*, 5: 79-91.

<sup>6</sup> Viesca Treviño, C. (1982), “Criterios de periodización en la Historia de la Medicina”, *Actas de la Primera Reunión Latinoamericana de Historiadores de las Ciencias*, Puebla, México.

<sup>7</sup> Cabe mencionar, como ejemplos, los criterios para dividir las etapas de la historia de la locura y la psiquiatría, aplicados por Gregory Zilboorg (Zilboorg, G (1941), *A History of Medical Psychology*, Norton, New York), Erwin H. Ackernecht (Ackernecht, E. H. (1957), *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Ferdinand Enke, Verlag, Stuttgart), Henri Ellenberger (Ellenberger, H. (1970), *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York, Basic Books, Inc.; la recomendación de Pedro Laín Entralgo acerca de la periodización de la historia de la medicina guiándose por la sucesión de paradigmas en el sentido de T. S. Kuhn (Laín Entralgo, P. (1978), *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat), criterio también seguido por Charles Lichtenthaler (Lichtenthaler, Ch. (1978), *Histoire de la médecine*, Fayard, Paris) y aplicado por Georges Lantéri-Laura para la historia de la psiquiatría europea (Lantéri-Laura, G. (1999), *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Editions du temps, Paris) o propuestas muy alejadas entre sí como las de Paul Bercherie (Bercherie, P. (1980), *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Navarin, Paris), Pierre Pichot (Pichot, P (1996), *Un siècle de psychiatrie. Les empêchements de penser en rond*, Paris) y Edward Shorter (Shorter, E (1997), *A History of Psychiatry*, John Wiley and Sons, New York).

<sup>8</sup> Bermúdez, A; Fernández Bittencourt, M; Martínez Garnica, A; Díaz Pendás, H; González Muñoz, M del C; de Gortari Rabiela, H. da Graça Mateus, M Ventura (2001), *Cuadernos de Historia de Iberoamérica: criterios y orientaciones para su elaboración*, Cátedra de Historia de Iberoamérica, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

tiva de análisis que la aborde en tanto objeto epistémico complejo y unitario en sus aspectos tanto internos como externos.

En el caso particular de su aplicación a la historia de la especialidad en la Argentina se debe tener en cuenta, también, la condición periférica del país y, por ende, el factor modulador ocasionado por los fenómenos activos de incorporación de ideas.

Hasta el momento no se cuenta en el ámbito de estudio de la historia de las ideas sobre la locura y de la psiquiatría argentina con una propuesta que abarque todo el período de población del actual territorio nacional y los dos siglos de existencia como nación independiente. Es así que distintos autores han tendido a presentar la historia de la especialidad segmentada coincidentemente con las etapas de la historia política nacional (cuando han escrito sobre un período de varias décadas, como José Ingenieros) o siguiendo la sucesión de “prohombres de la psiquiatría” (como Osvaldo Loudet), u organizado según tópicos diversos sin sistematización (como es el caso de Antonio Guerrino); o bien se han centrado en algún período particular vinculándolo con el momento de la historia general o con la biografía de algún psiquiatra famosos con los que coincidía contemporáneamente.

Intentando colmar ese vacío metodológico, Norberto Conti señaló que, durante un siglo (1810-1910), “... desde Juan Manuel Fernández de Agüero hasta José Ingenieros, por citar el siglo que los separa [...] los avatares sociales y políticos han influenciado profundamente el pensamiento psiquiátrico...”<sup>9</sup> por lo que propuso, combinando los sucesivos momentos políticos con el predominio ciertas corrientes filosóficas en el pensamiento de las elites porteñas: “pensar la historia de la psiquiatría en relación a una periodización tentativa de la historia de las ideas en nuestro país” y dividir el estudio de la especialidad en etapas coincidentes con las de la Ilustración católica (1776-1820); la Ideología o Ilustración Revolucionaria rivadaviana<sup>10</sup> (1820-1830); el Romanticismo o Positivismo Autóctono alberdiano<sup>11</sup> (1837-1864) y el Positivismo o naturalismo evolucionista (1880-1910).

No hay propuesta equivalente para las siguientes décadas del siglo XX. Recién para estudiar acontecimientos del período que va desde mediados del siglo hasta hace veinticinco años surge una, que engloba el conjunto del campo de la Salud Mental, formulada por Enri-

que Carpintero y Alejandro Vainer, que comprende el período 1957-1983<sup>12</sup>. El segundo de estos autores explica la periodización elegida en los siguientes términos: “... ¿Por qué 1957? ¿Por qué no tomamos 1960? En 1957 se dieron tres hechos fundantes del campo de la Salud Mental en la Argentina: la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, [...] la creación de las carreras de psicología, sociología, antropología y ciencias de la educación en la Universidad de Buenos Aires -un año antes se había creado la carrera de psicología en la de Rosario- [...] y recién había comenzado, a fines de 1956, la experiencia del Lanús con Mauricio Goldenberg que después devendrá mítica. Por eso tomamos 1957 como inicio de nuestro estudio. Nosotros trabajamos articulando lo que sucedía en el campo de la salud mental con lo que sucedía en nuestra sociedad y lo que sucedía políticamente. [...] Digo esto por la periodización. El primer tomo, la primera parte termina en 1969, que es exactamente el año del Cordobazo en la Argentina. En ese momento ponemos un punto y se inicia para nosotros la década del setenta. Si a la primera parte le pusimos de título 'Un encuentro fundante entre el psicoanálisis y la Salud Mental', por lo que implicará la hegemonía del psicoanálisis durante la década del '60 en la constitución del campo de la Salud Mental en la Argentina, la década del setenta comienza con el Cordobazo, donde todo comienza a politizarse y también dentro del campo del psicoanálisis y la Salud Mental. A esta segunda parte, que llega hasta 1966, le pusimos como título 'El estallido de las instituciones'. La tercera parte, que está en el segundo tomo, que va del 76 al 83, la llamamos 'El fin de la Salud Mental'. Fue la época de nuestra última dictadura militar, donde hubo 110 trabajadores de Salud Mental y 66 estudiantes [de carreras afines] desaparecidos. Esta es la época mas oscura de toda la historia, y es una época que es necesario iluminar...”<sup>13</sup>

Durante las décadas del siglo XX que se extienden entre 1910 y 1950 ocurrieron ciertos acontecimientos de importancia en la historia del país y en la historia de la psiquiatría que podrían servir como puntos de reparo para amojonar una periodización del hiato temporal antes mencionado. A partir del Centenario de la Revolución de Mayo (1910), coincidentemente con una pérdida de influencia del pensamiento positivista, se verificó la crisis estructural del modelo agro-exportador en lo económico, se asistió a un ascenso político de los sectores medios y asalariados que culminó con las repercusiones de la crisis económica mundial de 1929 en la Argentina y desembocó, en 1930, en el primero de una larga serie de

<sup>9</sup> Conti, N. (2000). “Una propuesta historiográfica para la historia de psiquiatría en la Argentina” en *Historia y Memoria*, J. C. Ríos; R. Ruiz; J. C. Stagnaro; P. Weissmann (comp.), Buenos Aires, Polemos.

<sup>10</sup> Figura política de empuñada relevancia, Bernardino Rivadavia, ministro del Gobernador Rodríguez y luego Gobernador de la Provincia de Buenos Aires él mismo -cargos que ocupa entre 1821 y 1827- llevó adelante una serie de positivas reformas y transformaciones de corte liberal y progresista en el plano político, eclesiástico, militar y cultural, pero también fue responsable de otras medidas, sumamente desventajosas en lo económico, que consolidaron el latifundio ganadero y la dependencia del país hacia Inglaterra.

<sup>11</sup> Juan Bautista Alberdi, exponente acabado de la llamada generación del '37, cuya toma de posición política sintetizó en su *Fragmento preliminar para el estudio del Derecho. Sus Bases y puntos de partida para la organización constitucional de la República Argentina* fue la máxima fuente de consulta para la redacción de la Constitución Nacional de 1853.

<sup>12</sup> Carpintero, E; Vainer, A. (2004-2005) *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70*. Tomo I (1957-1969), Tomo II (1970-1983) Editorial Topía, Buenos Aires.

<sup>13</sup> Ver [www.topia.com.ar](http://www.topia.com.ar). El Cordobazo fue una insurrección popular obrera y estudiantil ocurrida en 1969 contra la dictadura del general Onganía que tuvo como escenario la ciudad de Córdoba. El Servicio de Psicopatología del Policlínico “Gregorio Aráoz Alfaro”, sito en los suburbios de Buenos Aires, en la localidad de Lanús, devino, en esos años, bajo la jefatura de Mauricio Goldenberg, el epicentro del desarrollo de la versión argentina de la psiquiatría dinámica (ver en nota<sup>84</sup> la referencia a Visacovsky, S. (2002), *El Lanús...*).

golpes de Estado militares<sup>14</sup>. Durante los años posteriores, hasta el golpe de Estado militar de 1943 y el posterior ascenso del peronismo, el clima político estuvo signado por la metodología del fraude electoral (denominado "patriótico" por sus beneficiarios) que sostuvo gobiernos conservadores. La economía y el debate político sufrieron los efectos de la Segunda Guerra Mundial. En ese período, en el campo de la psiquiatría se registraron acontecimientos significativos. Por un lado se asistió al ocaso de los proyectos de Domingo Cabred<sup>15</sup> y el dispositivo psiquiátrico se estancó en un funcionamiento manicomial<sup>16</sup>. La escuela criminológica argentina alcanzó su apogeo con la obra de Francisco de Veyga y José Ingenieros<sup>17</sup>. En 1921, se creó la primera cátedra de psiquiatría infantil del mundo en la ciudad de Rosario. Inicialmente en el hospicio de las Mercedes y posteriormente en el Hospital Nacional de Alienadas, el neuropatólogo Christofredo Jakob introdujo la escuela alemana. En 1929 fundada por Gonzalo Bosch la liga de Higiene Mental comenzó su prédica higienista<sup>18</sup>. Los años '40 asistieron al desarrollo de la psiquiatría infanto-juvenil por iniciativa de Carolina Tobar García<sup>19</sup> y Telma Reca y el psicoanálisis hizo su entrada institucional en la Argentina<sup>20</sup>. Durante el gobierno peronista su ministro de salud pública, Ramón Carrillo, neurocirujano y sanitarista sobresaliente, puso en marcha planes revolucionarios de reforma del hospital público. Remodelación del antiguo Hospicio de las Mercedes que deviene Hos-

pital "J. T. Borda", construcción de otras instituciones y propuesta de una nosografía de inspiración sanitarista<sup>21</sup>. Sin embargo, el tratamiento de las enfermedades mentales no mostró los avances que tuvieron otras especialidades médicas y el campo de la salud en general durante la gestión de Carrillo.

De todas maneras la historia de la psiquiatría durante el período que va desde la instauración del voto universal en 1916 hasta los gobiernos de Juan Domingo Perón (1947-1955), es una larga etapa muy poco estudiada.

Sin duda, que el largo lapso mencionado conforma un panorama abigarrado y multifacético difícil de categorizar en sus múltiples líneas de cruzamiento políticas e intelectuales. Fácil es comprender entonces, al cabo de estas notas, que la condición mencionada antes para formular una propuesta precisa de periodización de la historia de la psiquiatría -lograr una homogeneidad teórica o un criterio común para todos los períodos que la componen-, no se cumple aún. Por ello, y aunque los esbozos mencionados pueden ser un punto de partida apto para intentar un esquema global que ordene el programa de investigaciones pendiente, faltos de una periodización completa y específica del campo que exploramos, mantendremos como guía provisoria para puntuar nuestro derrotero las etapas de la historia colonial y nacional general a fin de ubicar y ordenar los textos y autores que evocaremos<sup>22</sup>.

<sup>14</sup> Se produjeron en 1943, 1955, 1966 (ver Rouquié, A. (1978), *Pouvoir militaire et société politique en République Argentine*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences politiques; POTASH, R. (1971), *El Ejército y la política en la Argentina*, T. I 1928-1945 de Irigoyen a Perón, T. II. 1945-1962 de Perón a Frondizi, Buenos Aires, Sudamericana) hasta el último de ellos que instauró en el país un régimen de Terrorismo de Estado entre 1976 y 1983 (Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (1984), *Nunca Más*, Buenos Aires, EUDEBA).

<sup>15</sup> Heredero de Lucio Meléndez en la dirección del Hospicio de las Mercedes y en la titularidad de la cátedra de Enfermedades Mentales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, cargos que asume en 1893, Cabred, dirigió la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, fundó a partir de ella varias grandes colonias de alienados, introdujo la clinoterapia y el *non restraint* y desarrolló una prédica modernista en relación a la asistencia psiquiátrica que publicitó vigorosamente fronteras adentro (a modo de ejemplo ver Cabred, D. (1899), Discurso inaugural de la Colonia General de Alienados, *Revista de Derecho, Historia y Letras*, Buenos Aires; A. A. (1904) Asilo de Puertas abiertas Open door, *Anales de Sanidad Militar*, T. 6, p. 770; y el comentario de ambos textos en Vezzetti, H. (1991), Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, II; 3: 59-61) y proyectó inclusive en el espacio europeo (en sucesivos viajes realizados con motivos de estudio y participación en congresos por Alemania, Francia e Italia) y latinoamericano (Stagnaro, J.C. (2006), *"Domingo Cabred en Perú: política diplomática y ciencia argentinas en el ámbito latinoamericano"*, VII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, La Plata, Argentina).

<sup>16</sup> Al comienzo de los años '30 el balance es desastroso y el escándalo provocado por su funcionamiento alcanzó la denuncia pública (Bosch, G. (1931), El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina, *La Medicina Argentina*, X: 216-256).

<sup>17</sup> Francisco de Veyga, teniente general médico, discípulo de Ramos Mejía, Charcot y Lombroso, y maestro de Lucio V. López, Pedro Barbieri y Nerio Rojas, crea integralmente la escuela de Medicina Legal en el país y asegura por vía de sus alumnos la continuidad de la misma. Los temas locura, delito, inmigración y mala vida pensados en términos de la teoría de la degeneración devienen entonces el núcleo central de la doctrina de ese grupo (ver Matusевич, D. (1998), José Ingenieros y sus escritos sobre sexualidad en el nacimiento de la prensa psiquiátrica en la Argentina, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 3:3-21; Weissmann, P. (1999), Francisco de Veyga. Prolegómenos de la clínica criminológica en la Argentina, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 7: 3-17; Weissmann, P. (2001), Degenerados y viciosos. Primeras conceptualizaciones acerca de las toxicomanías en la Argentina, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 12: 3-19).

<sup>18</sup> Fundada en el seno de la Asociación en 1930, la Liga Argentina de Higiene Mental surgió inspirada en las experiencias similares de EE. UU. y Francia. La sección local adhirió a la Liga Internacional y fue precursora del movimiento de Salud Mental de la posguerra que tomó forma en el país al promediar los años '50, luego del derrocamiento de Perón, con la creación del Instituto Nacional de Salud Mental. Ver Klappenbach, H (1999), Los orígenes de la Liga de Higiene Mental, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 19: 3-17. En el mismo número de *Temas* se reproducen fragmentos de Gonzalo Bosch, Fernando Gorriti y Arturo Mó describiendo los propósitos y organización de la Liga y la higiene mental en la Argentina. Ver Klappenbach H. (1999), El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 10: 3-17.

<sup>19</sup> Lardies González, J. (1974), Médicas argentinas con aportes sociológicos, *Archivos de Historia de la Medicina Argentina*, Buenos Aires, 9:26-29; Fontan Fernández, D. (1995) *Doctora Carolina Tobar García. Creadora de las Escuelas Diferenciales, su vida, su lucha, su triunfo*. Plus Ultra, Buenos Aires; Stagnaro, J. C. (2002), Carolina Tobar García, psiquiatría infantil, pedagogía, criminología y prevención, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 14:3-9.

<sup>20</sup> Una serie de estudios al respecto se mencionará más abajo al enumerar las investigaciones recientes (nota 81).

<sup>21</sup> Carrillo, R. (1950), *Clasificación sanitaria de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Talleres gráficos del Ministerio de Salud Pública de la Nación, ver también García Novarini, R. (1999), Ramón Carrillo: una perspectiva sanitaria de la psiquiatría, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 8:3-11.

<sup>22</sup> Tomar este partido, teniendo en cuenta lo anteriormente explicado, no excluye considerar prudente la advertencia de Federico Neiburg y Mariano Plotkin respecto de no otorgar un determinismo excesivo a los acontecimientos políticos en la conformación de los conocimientos en el terreno de las ciencias sociales ya que, según afirman "la cronología de la constitución de saberes y campos de saber no siempre coincide con la cronología política". Aunque también reconocen, para el caso del estudio histórico del campo de la sociología en la Argentina, la dificultad mayor que plantea el establecimiento de una periodización válida (Neiburg, F., Plotkin, M. (2004), *"Intelectuales y expertos. Hacia una sociología histórica de la producción del conocimiento sobre la sociedad en la Argentina"* en Neiburg, F., Plotkin, M. (comp.), *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, pp. 21-25).

## Los aportes de la historiografía tradicional

En función de los modelos historiográficos aplicados, se pueden discriminar dos enfoques en la historiografía psiquiátrica en la Argentina, uno de tipo tradicional y otro de perfil crítico. El primero de ellos respondió a los cánones de una metodología francamente positivista en Ingenieros y más inspirada en el modelo rankeano en los trabajos de Osvaldo Loudet.

El período colonial, en el territorio de la actual República Argentina, discurre entre el momento del descubrimiento del Río de la Plata por Juan Díaz de Solís, (1515) y el primer asentamiento español en la región (en 1527 se funda allí el fuerte de Sancti Spiritu), hasta la introducción de la Ideología en la capital del virreynato a principios del siglo XIX y sus efectos en el ámbito porteño luego de la Revolución contra el poder español ocurrida en 1810.

Más allá de un difícil estudio etnológico de las ideas sobre la locura en los pueblos originarios del actual territorio argentino y en la población de los africanos introducidos como esclavos, que se encuentra aún por hacer<sup>23</sup>, no se registra una preocupación especial por el estudio del tema de la locura en esos siglos. Los archivos de Indias guardan algunos reportes de casos anecdóticos de presentaciones ante el Tribunal del Santo Oficio ya que en el Río de la Plata éste estaba solamente representado por un Comisario dependiente del Tribunal de Lima<sup>24</sup>.

Buenos Aires era un pequeño caserío de ranchos de adobe que se alzaban en torno al Cabildo, el fuerte y la iglesia, cercanos a la ribera del Río de la Plata. Los enfermos mentales no tuvieron durante esa época un lugar especial de tratamiento y vagaron por las calles de los pequeños y escasos centros poblados del virreynato, cuando eran pobres y "mansos", o dieron con su humanidad en los calabozos del Cabildo local, particularmente en Buenos Aires; mientras que los miembros de familias acomodadas eran ocultados de la mirada pública en el fondo de sus casas o en las quintas de los suburbios al cuidado de esclavos. Algunos "locos tranquilos" eran destinados al cuidado de los enfermos internados en los

precarios hospitales generales de Buenos Aires ayudando en tareas menores de limpieza a los curas jesuitas y a sus sucesores -luego de la expulsión de América de la orden en 1776-, los monjes enfermeros de la orden de Nuestra Señora de Bethlem, llamados popularmente betlehemitas o "barbones"<sup>27</sup>.

Coincidiendo con la llegada de los ideales revolucionarios franceses y el movimiento emancipador expresado en la Revolución de Mayo de 1810, ciertos intelectuales porteños iniciaron el estudio y se volcaron a la enseñanza de las doctrinas de Condillac, Cabanis y Destutt de Tracy. Aunque el introductor de esa corriente fue Crisóstomo Lafinur, su mentor principal fue el clérigo Juan Manuel Fernández de Agüero, quién inauguró en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Buenos Aires la cátedra de filosofía con el nombre de Cátedra de Ideología<sup>26</sup> y tuvo como alumno, entre muchos otros intelectuales de la época, a un médico, Diego Alcorta, quien lo sucedió en la cátedra y fue autor, en 1827, de la primera tesis de medicina en la Argentina sobre la alienación mental<sup>27</sup>.

Durante el período político siguiente, que abarca desde el ascenso del caudillo Juan Manuel de Rosas al poder (1829-1835), y su prolongado gobierno, hasta su caída luego de la batalla de Caseros, ocurrida en 1853, la producción de escritos sobre la locura fue prácticamente nula. Las instituciones asistenciales que se encargaban de la salud y la Facultad de Medicina, languidecieron en un retraso significativo. Al igual de lo que había sucedido con las doctrinas de la Ideología en Francia luego del ascenso de Napoleón Bonaparte al poder y la instalación del eclecticismo de Royer-Collard, en la Argentina, con la llegada de Rosas y la prematura muerte de Alcorta, el pensamiento ideológico vivió su ocaso y fue reemplazado en las cátedras por una enseñanza ligada al catolicismo clerical aliado con el gobierno de la época. Sólo se guarda registro, en esos años, de la presentación de algunas escuetas tesis de fin de estudios presentadas por unos pocos estudiantes de medicina<sup>28</sup>.

Los estudios relativos a esa época son escasos y, desde los realizados por Ramos Mejía e Ingenieros (*vide infra*),

<sup>23</sup> Se pueden mencionar, como ejemplos, algunos trabajos aislados en el tiempo y diversos conceptualmente como los de Ingenieros, J. (1929), *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Elmer, pp. 13-28; Ambrosetti, J. B. [1917] (2001), *Supersticiones y leyendas*, Buenos Aires, Emecé; Pagés Larraya F, Filippo J, Sacchi C. (1988), *Tehuelches: antropología psiquiátrica de la extinción*, Buenos Aires, Ediciones Culturales Santa Cruz; Lezcano, J. (2003), *Vocabulario indígena del actual territorio argentino para referirse a la locura*, Mimeo; Pagés Larraya, F. (2003), "El libro del desconsuelo. El Alucinógeno Precolombino de la Cultura de la Candelaria", *Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica*. PEPSI-CONICET, 41, XIV.

<sup>24</sup> Lewin, B. (1967), *La inquisición en Hispanoamérica*. Buenos Aires, Paidós, pp. 184-197.

<sup>25</sup> En la práctica general los trastornos somáticos estaban mal diferenciados de las afecciones psíquicas. Se registran pocos casos bien individualizados como el del vecino Francisco Ami Mier y una mujer llamada María, ambos dementes, reclusos por la fuerza por escándalo en la vía pública, y el de sor Vicenta Alvarez, atacada de manía periódica con delirios, diagnosticada por el prefecto de medicina Juan A. Fernández y el médico de policía Pedro Rojas (García Belsunce, C. A. (1977), *Buenos Aires 1800-1830, salud y delito*, T. II, Buenos Aires, Emecé, pp.121-122).

<sup>26</sup> Ingenieros, J. [1914] (1963), *Las direcciones filosóficas de la cultura argentina*, Buenos Aires, Eudeba, pp. 39-61; Ghioldi, D. Varela Domínguez de (1938), *Filosofía argentina. Los Ideólogos*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires; Ghioldi, D. Varela Domínguez de (1938), "Prólogo" a la obra de Lafinur, Juan Crisóstomo: *Curso filosófico dictado en el Colegio de la Unión del Sud de Buenos Aires en 1819*. 1ª Ed., Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras de la UBA; Conti, N.A. (1997), Juan Manuel Fernández de Agüero y Diego Alcorta: Ideología y locura en el Río de la Plata, *Temas de historia de la psiquiatría Argentina*, 2, pp. 3-16.

<sup>27</sup> El texto de la tesis de Alcorta -"Disertación sobre la manía aguda"- fue rescatado del olvido y reproducido por primera vez en *Anales de la Biblioteca*, T II, p. 181. Con el pasar de los años fue nuevamente reproducida en Guerrino, A. (1982), *op. cit.*, pp. 205-213, y acompañando al artículo de Stagnaro J.C. (1990), Diego Alcorta y la manía aguda: preliminares de la psiquiatría en la Argentina, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, I, 1, pp. 57-63 y el de Conti N. A. (1997), *op.cit.*

<sup>28</sup> García, M. (1827), *Epilepsia su naturaleza y curación*; Esquirós, F. (1843) *Epilepsia*; Lucena, J. (1848) *Tesis sobre el histerismo considerado como una enfermedad nerviosa*. A excepción de la primera que se extravió las otras se encuentran en el archivo de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

de sesgo positivista y franca oposición ideológica con la figura de Rosas, los autores posteriores no han hecho sino repetir en forma similar los datos y argumentos de los primeros.

La caída de Rosas abrió la etapa de la Organización Nacional que se desarrolló, a través de diversos avatares institucionales durante veinticinco años hasta el final de la llamada Conquista del Desierto -en realidad la apropiación del territorio de las comunidades originarias por vía de su exterminación o anexión al poder de los terratenientes de Buenos Aires- y la primera presidencia del general Julio Argentino Roca. La Universidad y los hospitales de Buenos Aires cobraron un nuevo impulso y a partir de 1865, aproximadamente, se sentaron las bases para la aparición del alienismo como especialidad médica. Los años siguientes estuvieron signados por una impronta francamente modernizante; es la etapa llamada de la generación del '80 en alusión al grupo de intelectuales, políticos y militares que abrazando el ideario liberal y positivista conformaron la elite porteña.

La primera revisión general sobre las ideas psiquiátricas en la cultura occidental publicada por un autor argentino se debe a Pedro Mallo, quien escribe, como parte de su tesis para alcanzar el grado de doctor en medicina de la Universidad de Buenos Aires, una introducción histórica en la que esboza, en un rápido recorrido (citando referencias de Thoré, Marcé, Calmeil, Lasègue y Falret, entre muchos otros), las concepciones sobre la locura desde la Grecia hipocrática hasta la segunda mitad del siglo XIX<sup>29</sup>.

*“La historia de la enajenación mental abraza desde la cuna de la sociedad humana hasta nuestros días, y sólo desde Pinel, Esquirol y sus discípulos forma un cuerpo, una parte complementaria y necesaria de su estudio; pero de la que no poseemos trabajos que la abraza, o por lo menos no conocemos libro alguno que se ocupe debidamente de ella. Es sirviéndonos de los documentos esparcidos en multitud de obras que vamos a trazar un resumen aunque incompleto de ella”*<sup>30</sup>.

La polémica entre los psiquistas y los somatistas alemanes retiene el interés de Mallo. Él adhiere a los segundos, y hace un elogio encendido de la obra de los clínicos franceses de la segunda parte del XIX: *“Con muy raras excepciones en la escuela francesa, todos miran la enajenación mental como una enfermedad del alma ó de sus*

*facultades; pero no por eso olvidan la anatomía patológica y creemos con Mr. Sauze que muy pronto tendremos, fuera de la locura parálitica y la estupidez otras cuyos desórdenes sean, escarpelo en mano, constatados en todos los casos, único modo de vencer la obstinación y ciego fanatismo que ha sembrado la filosofía espiritualista”*<sup>31</sup>. Mallo se sitúa así en las coordenadas de lo que Lanteri Laura identifica en la clínica europea como el paradigma de las enfermedades mentales<sup>32</sup>; período histórico en el que se organiza la psiquiatría como especialidad médica en nuestro país bajo la dirección de Lucio Meléndez, primer profesor de la flamante cátedra de Enfermedades Mentales en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y primer Director del gran hospital de alienados porteño, el Hospicio de las Mercedes. Presentada en los albores de la especialidad en la Argentina el texto de Mallo contribuye, desde una posición resueltamente organicista y positivista, a la operación de legitimación de la medicina, y en ella del alienismo, como la disciplina rectora del discurso sobre la locura<sup>33</sup>. Tanto la herencia recibida del linaje de sabios que reflexionaron sobre la locura a través de los siglos como la actualización a la luz de la ciencia positiva, autorizaban a los alienistas a pronunciarse con la mayor autoridad ante los demás médicos y ante la sociedad.

Antes de que transcurriera una década, José María Ramos Mejía marcó su época con la publicación del que fue considerado -con la excepción de algunas tesis universitarias poco difundidas, como la ya mencionada de Mallo- el primer texto psicopatológico argentino: *Las neurosis de los hombres célebres*<sup>34</sup>. En él, Ramos Mejía utiliza el relato patobiográfico para ilustrar la nosografía psiquiátrica por medio del análisis de la personalidad de distintos gobernantes, políticos y caudillos, como el fraile Aldao, el almirante Guillermo Brown, Bernardo Monteagudo y Juan Manuel de Rosas. Esa obra, que transita de la frenología a la psiquiatría, resultó consagratoria para Ramos Mejía a quien calificó su discípulo José Ingenieros como “el más fiel representante de la generación del '80”. La escritura acompañó a la acción en dirección a la instalación de un proyecto de nación que guió los pasos de ese grupo de intelectuales: dejando atrás los años de la hegemonía rosista y atravesando los avatares de la Organización Nacional, la Argentina debía modernizarse, fortalecer su Estado, ordenarse y progresar apoyada

<sup>29</sup> Mallo, P. (1864), *Algo sobre la enajenación mental*. Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, pp. 13-42 (el pasaje de esta Tesis que se refiere a la historia de la locura se reprodujo en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 22, marzo 2005, con un estudio preliminar sobre el autor y su obra de Fantín, J.C.).

<sup>30</sup> Mallo, P. (1864), *op. cit.*

<sup>31</sup> Mallo, P. (1864), *op. cit.*

<sup>32</sup> Lanteri-Laura, G. (1999), *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps.

<sup>33</sup> A su tesis Mallo agregará otras iniciativas fundamentales: como historiador la publicación de su libro *Historia de la medicina en el Río de la Plata desde sus orígenes hasta 1822* (1876), Imprenta Viedma, Buenos Aires y, como editor médico, la fundación y primer dirección, compartida con Angel Gallardo, de la *Revista Médico-Quirúrgica*, uno de los pilares de la consolidación profesional de la medicina porteña. Dicha publicación apareció, ininterrumpidamente, desde 1864 hasta 1888 e inauguró la serie de publicaciones periódicas que expresaron a los psiquiatras argentinos; la sucedieron *Archivos de Criminología, Medicina Legal y Psiquiatría* (1902-1913); *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal* (1913-1935); *Revista de Psiquiatría y Criminología* (1936-1950), *Acta Neuropsiquiátrica Argentina* que comienza a publicarse en 1954 y pasa a denominarse *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* a partir de 1962 y *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* iniciada en 1990. Las dos últimas continúan su publicación.

<sup>34</sup> Ramos Mejía, J. M. (1878-1882). *Las neurosis de los hombres célebres de la historia argentina*, vol. I y II (con Prólogo de Vicente Fidel López), Imprenta Biedma, Buenos Aires; (1915) Reimpr. (con Prólogo de J. Ingenieros), Buenos Aires, La Cultura Argentina.

en el pensamiento positivista y afianzándose como país agro-exportador. Inmigración, crimen y locura, fueron temas privilegiados para pensar la sociedad y su organización; los alienistas encontraron en esos temas un lugar privilegiado de expresión<sup>35</sup>. En los años sucesivos con la publicación de otros textos<sup>36</sup> Ramos Mejía continuó abonando su dilatada tarea de publicista, catedrático, higienista y político<sup>37</sup>. Por su temática específica vale destacar entre esa extensa producción su libro *La Locura en la Historia* de 1895<sup>38</sup>. Partiendo de la pregunta “¿Qué papel desempeñan las perturbaciones mentales a lo largo de la historia?”, Ramos Mejía, pinta un gigantesco fresco de la locura a lo largo de los siglos deteniéndose, entre muchos otros fenómenos, en los fanatismos religiosos de judíos y cristianos, la Inquisición, los delirios de posesión, la patología mental de Carlos V, la de Felipe II... La herencia de la locura y la idea de que la historia está determinada por individuos excepcionales por su genio o su vesania aparecen así como nociones que organizan el conjunto de la obra.

Las primeras trazas de un registro de datos sobre acontecimientos ligados a la historia de las instituciones que albergaron a los enfermos mentales en Buenos Aires deben buscarse en los escritos de Nicanor Albarellos publicados en la Revista Farmacéutica<sup>39</sup>, los de Samuel Gache<sup>40</sup>, Norberto Maglioni<sup>41</sup>, en el informe que Meléndez escribe con Emilio R. Coni (el primer gran higienista argentino) para el Congreso Internacional de Ciencias Médicas de Amsterdam<sup>42</sup>, Eliseo Cantón<sup>43</sup> y Lucio Garzón Maceda<sup>44</sup>.

Una detallada historia de las instituciones psiquiátricas de Buenos Aires hasta el centenario de la Revolución de Mayo (1910) se puede encontrar en el informe que elaboraron José Penna y Horacio Madera<sup>45</sup> y en la memo-

ria de la Sociedad de Beneficencia<sup>46</sup> al cumplirse los 100 años de su fundación.

Pero, la primera obra de conjunto sobre la historia de las ideas sobre la locura y la psiquiatría en el país fue *La locura en la Argentina* de José Ingenieros. En su “Advertencia preliminar” el autor se atribuye, correctamente, ser el primero que se ha fijado el propósito de iniciar un registro histórico de la especialidad en el país. Esa crónica, que inicia en 1800, luego de mencionar algunos datos sobre las concepciones de la locura en las culturas aborígenes y la época colonial, culmina, poco antes de la publicación de la obra, ocurrida en 1919: “... he reunido cuantos datos y publicaciones llegaron a mis manos acerca de locos, alienistas y asilos en la Argentina; constituyen una verdadera historia de la psiquiatría en el país. Pensando que con mi muerte se perderían, sin la seguridad de que otro pueda reunirlos por segunda vez, me he decidido a ordenarlos en esta monografía, capítulo para la historia de la Ciencia Nacional. De lo que podrá interesar a algún alienista del porvenir, poco falta; con seguridad, nada esencial.”<sup>47</sup>

El aporte de Ingenieros, cuyo material le llevó veinte años reunir, se inscribe metodológicamente, en sintonía con la posición del autor y el contexto intelectual de la época en Buenos Aires, en la historiografía de corte netamente positivista. Muchos psiquiatras que posteriormente se interesaron en buscar trazas de los orígenes de la especialidad para sus artículos y otros escritos glosaron este texto liminar de Ingenieros.

A excepción de unos pocos textos de recopilación<sup>48</sup>, transcurrió casi medio siglo antes de que se publicaran otros estudios sobre el tema: los de Osvaldo Loudet y Osvaldo E. Loudet<sup>49</sup> y Antonio Alberto Guerrino<sup>50</sup>. Estos autores efectuaron una tarea, en muchos aspectos, basada en la obra de Ingenieros, agregando, sin embargo,

<sup>35</sup> Vezzetti, Hugo (1985), “El discurso psiquiátrico” en *El Movimiento positivista argentino*, Hugo Biagini (compil.), Buenos Aires, Editorial de Belgrano; Terán, O. (1987), *Positivismo y Nación en la Argentina*, Buenos Aires, Puntosur; Terán, O. (2000), *Vida intelectual en el Buenos Aires de fin de Siglo (1880-1920)*, derivas de la “cultura científica”, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

<sup>36</sup> Ramos Mejía, J. M. (1893), *Estudios clínicos sobre las enfermedades nerviosas y mentales*, Imprenta Biedma, Buenos Aires; Ramos Mejía, J. M. (1899), *Las multitudes argentinas: estudio de psicología colectiva para servir de introducción al libro Rozas y su tiempo*, Buenos Aires; Ramos Mejía, J. M. [1907] (1927), *Rozas y su tiempo*, 3 vol., Buenos Aires, Editorial Científica y Literaria Argentina Atanasio Martínez; Ramos Mejía, J. M. (1904), *Los simuladores de talento en las luchas por la personalidad y la vida*, Buenos Aires.

<sup>37</sup> Ver Dellepiane, A. (1914) *José María Ramos Mejía: (1852-1914.)*, Buenos Aires, Imprenta Coni; Veyga, F. de (1915), *Vida y trabajos del Dr. José María Ramos Mejía*, Buenos Aires, Folleto; Loudet, O (1935), *La obra intelectual del Dr. J.M. Ramos Mejía. El psiquiatra y el historiador*, Buenos Aires, Emecé.

<sup>38</sup> Ramos Mejía, J. M. [1895](1927), *La locura en la historia. Contribución al estudio psicopatológico del fanatismo religioso y sus persecuciones* (con Introducción de Paul Groussac), Reimpr., Buenos Aires, Editorial Científica y Literaria Argentina.

<sup>39</sup> Albarellos, N. (1863), Apuntes históricos, *Revista Farmacéutica*, Buenos Aires.

<sup>40</sup> Gache, S. (1879), *La locura en Buenos Aires*, Imprenta Biedma, Buenos Aires.

<sup>41</sup> Maglioni, N. (1879), *Los manicomios*, Tesis de Medicina, Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

<sup>42</sup> Meléndez, L. (1880), “Estudio estadístico sobre la locura en Buenos Aires” (en colaboración con el Dr. Emilio R. Coni), traducción del francés. *Rev. Médico-Quirúrgica*. XVI. pp.451, 484 y 507.

<sup>43</sup> Cantón, E. (1928), *Historia de la Medicina en el Río de la Plata*, Madrid.

<sup>44</sup> Garzón Maceda, F. (1916-1917). *La medicina en Córdoba*, 3 vol., Buenos Aires, Talleres Gráficos Rodríguez Giles; Garzón Maceda, F. (1927), *Historia de la Facultad de Ciencias Médicas*, 3 vol., Córdoba, Imprenta de la Universidad de Córdoba.

<sup>45</sup> Penna, J.; Madera, H. (1910), *La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*, 2 volúmenes, Buenos Aires, Imprenta G. Kraft.

<sup>46</sup> Sociedad de Beneficencia de la Capital (1923), *Su origen y desenvolvimiento (1823-1923)*. T. I y II. Buenos Aires, Talleres Gráficos del Asilo de Huérfanos.

<sup>47</sup> Ingenieros, J. [1919] (1957), *op. cit.* p. 7.

<sup>48</sup> Lardiez González, J. (1953), *La psiquiatría argentina del siglo XIX*, Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; Lardiez González, J. (1954), *Los manicomios de Buenos Aires*, Trabajo de adscripción, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires; Lardiez González, J. (1955), *La cátedra de psiquiatría y sus comienzos*, Trabajo de adscripción, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires; Lardiez González, J. (1956), *El aporte de J. T. Borda a la psiquiatría argentina*, Trabajo de adscripción, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

<sup>49</sup> Loudet, O. y Loudet, O. E. (1971). *Historia de la Psiquiatría Argentina*, Buenos Aires, Troquel; ver también como antecedente: Loudet, O. (1948), *Política del espíritu. Maestros y Discípulos*, Buenos Aires, El Ateneo.

<sup>50</sup> Guerrino, A. A. (1982), *La Psiquiatría Argentina*, Buenos Aires, Ediciones Cuatro.



numerosos y nuevos datos de archivos del período transcurrido entre aquel y ellos, y enfocaron su trabajo insistiendo en aspectos cronológicos, biografías de personajes arquetípicos, exaltando su lucha contra la “barbarie y la ignorancia” en el tratamiento de los enfermos mentales, y abundando en el “datismo” de ciertas genealogías institucionales y efemérides.

Esta historiografía de corte tradicional tuvo como uno de sus principales objetivos, al igual que en otras latitudes, una legitimación profesional -dirigida, en general, hacia otras disciplinas y, en particular, hacia el resto de la medicina- y social de la psiquiatría y de sus miembros.

El trabajo de los Loudet traza una evolución de la especialidad articulada a partir de las biografías de los “grandes maestros” argentinos, “... En esta historia aparecen médicos generosos y dinámicos, sabios y filántropos, investigadores pacientes y realizadores fecundos, todos ellos animados de un gran amor por la ciencia y por el hombre, el hombre que más nos entristece: el náufrago de la inteligencia y de la voluntad.”<sup>51</sup>

Su objetivo es reivindicar a los prohombres de la psiquiatría argentina otorgándose el rol del historiador objetivo y desinteresado:

“Algunos de estos galenos son conocidos en nuestro mundo médico, a otros apenas se los recuerda; los demás son desconocidos y olvidados. Es necesario, pues, mostrarlos a todos, con sus méritos reales y diversos y, si es posible, ubicarlos en el sitio que corresponde. La tarea no es fácil y los errores son probables. Pero, lo que podemos afirmar es que no nos anima otra pasión que la verdad y la justicia.”<sup>42</sup>

En la el mismo Prólogo los Loudet hacen una puntuación sobre su labor historiográfica no desprovista de interés para situar su posición metodológica, pretendidamente imparcial y objetiva, archivística, de inspiración rankeana:

“La historia no es una ciencia muerta; es una ciencia viva que se renueva y se redescubre todos los días. Su estado permanente es el del descubrimiento y la revisión, la revisión desapasionada, inteligente, sin apriorismos ni juicios anticipados.

De todas las musas, la Historia es la más seductora y la más peligrosa. Clío nos atrae con sus bellos hallazgos y nos promete ser fiel, transparente y pura. No obstante, algunas veces nos engaña, nos miente y nos oculta sus desvíos. Se complace en ignorar nuestro amor fervoroso y nuestro continuo desvelo. Es fugitiva y traviesa. Cubre con un velo ciertas verdades o nos muestra sin pudor graves pecados.”<sup>42</sup>

Por su parte, en la Introducción de su libro *La psiquiatría argentina*, Guerrino anuncia su propósito de relatar

la historia “tal cual ella fue”, al tiempo que le adjudica el valor de herramienta normativa para corregir viejos errores y encauzar la especialidad por la senda del progreso necesario:

“Esta revisión histórica de la psiquiatría argentina -que no pretende ser completa- persigue el noble afán de esclarecer sus momentos cruciales, mostrando aciertos y falencias, entendiendo que tal conocimiento permitirá la correcta evaluación del status que posee actualmente y facilitará el camino hacia la superación.”<sup>52</sup>

Y como para no dejar dudas al respecto remata las últimas líneas de su obra, bajo el subtítulo “La ciencia triunfante”, con un elogio encendido acerca de la misión de la psiquiatría y de la historia de la misma en tanto registro de las acciones ejemplares de quienes la forjaron: “Exceptuando eventuales coyunturas, se auguran horas victoriosas para la ciencia psiquiátrica, que controla los desvíos y desequilibrios de la mente humana en procura de un mundo mejor. La psiquiatría argentina ya tiene brevas maduras. Su contribución al panorama científico de América del Sur ha sido significativa, y, con seguridad, las nuevas generaciones cumplirán con decisión el mandato de sus ilustres precursores.”<sup>53</sup>

La enseñanza de la historia de la psiquiatría argentina se inició en 1976 con el dictado de un primer curso de especialización en psiquiatría para graduados en el Hospital “J. T. Borda” -antiguo Hospicio de las Mercedes- de Buenos Aires por Alberto M. Fierri, a quien sucedió en la misma tarea, hasta 1989, Julio Lardiez González; ambos docentes de la cátedra de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Lardiez González<sup>54</sup> siguió la estela de sus predecesores en la corriente de la historiografía tradicional, limitándose a glosar textos y artículos generales de historia de la psiquiatría.

Algo similar puede decirse de algunos escritos como las de Gregorio Bermann<sup>55</sup>, una de las grandes figuras de la psiquiatría argentina, quien contribuyó con numerosos trabajos a la clínica y la orientación general de la especialidad en el ámbito social pero que en relación al tema histórico no hizo más que repetir la información y el enfoque teórico de Ingenieros.

Algunos autores, clínicos e investigadores pertenecientes a escuelas psiquiátricas que se inclinaron por una vertiente más neurológica y neuropsiquiátrica se interesaron fuertemente en los antecedentes históricos de los estudios cerebrales y publicaron trabajos que revisaron el tema desde los escritos de la medicina griega, latina y árabe hasta las teorías de la frenología moderna<sup>56</sup>. Con

<sup>51</sup> Loudet, O. y Loudet, O. E. (1971), “Prólogo”, *op. cit.*, p. 7.

<sup>52</sup> Guerrino, A. A. (1982), “Introducción”, *op. cit.* p. 13.

<sup>53</sup> Guerrino, A. A. (1982). *op. cit.*, p. 202.

<sup>54</sup> Lardiez González, J. (1985), Mirada retrospectiva sobre la psiquiatría argentina, *Cerebrum*, V. III, 1, pp. 49-63; Lardiez González, J. (1991), *Historia de la psiquiatría universal y argentina. Visión sinóptica*, Buenos Aires, Promedicina,

<sup>55</sup> Bermann, G. (1960), “Las orientaciones psiquiátricas en la evolución nacional” en G. Bermann (comp.) *Nuestra psiquiatría*, Buenos Aires, Paidós y Bermann, G. (1965), “Evolución y desarrollo de la psiquiatría” en G. Bermann, *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós.

<sup>56</sup> Outes D. L.; Orlando J. C. (1979), Historia de la organización anatómica de la corteza cerebral humana, *Neuropsiquiatría*, X, 1: 35-50; Outes D. L., Estevez N. (1987), *Sobre surcos y circunvoluciones del cerebro humano*, Buenos Aires, Boehringer Ingelheim; Outes D. L., Orlando J.C. (1988), *Sobre el origen de las localizaciones cerebrales*, Buenos Aires, Centro de Diagnóstico San Martín de Tours.

la llegada de Christofredo Jacob, neuropatólogo alemán que se instaló en la Argentina por invitación de Domingo Cabred, se introdujeron de primera mano las concepciones de la escuela alemana de neuropsiquiatría que se inscribían en el pensamiento de Carl Wernicke. Jacob, maestro de Braulio Moyano, director del Hospital de Mujeres Alienadas, institución que posteriormente llevaría su nombre hasta nuestros días, desarrolló una intensa labor científica<sup>57</sup> y docente. Su enseñanza dejó una impronta de escuela que perdura hasta el presente representada por un grupo de psiquiatras que prolongaron las concepciones de Carl Wernicke y Karl Kleist y difundieron vigorosamente en la Argentina la doctrina nosológica de Karl Leonhard. La vida y obra de Jacob fueron objeto de sendos estudios realizados por Luis López Pasquali<sup>58</sup> y Jacinto C. Orlando<sup>59</sup>.

Junto a obituarios y notas críticas se registran a lo largo de los años varios estudios biográficos sobre Domingo Cabred<sup>60</sup>, José T. Borda<sup>61</sup>, Francisco de Veyga<sup>62</sup>, Braulio A. Moyano<sup>63</sup>, realizados, en algunos casos, por sus respectivos discípulos y algunos eruditos trabajos puntuales fruto del interés particular de algunos psiquiatras entre los que vale señalar a Enrique Krapf<sup>64</sup> y Fernando Pagés Larraya<sup>65</sup>.

### Historia crítica

El campo de la historia de la psiquiatría comenzó a presentar síntomas de renovación durante las últimas décadas del siglo pasado. Este fenómeno se dio en las dos direcciones temáticas apuntadas: la historia general de la psiquiatría y, especialmente, la exploración de su historia en el ámbito nacional.

En 1969, un siglo después de la tesis de Mallo, apareció *Historia de las ideas psiquiátricas* de Jorge J. Saurí. Sin duda la obra más importante en su género producida por un autor argentino<sup>66</sup>. Con una propuesta de corte antropológico, sumamente distante de las anteriores maneras de abordar la historia de la especialidad en

nuestro medio, Saurí, postula que “esa totalidad llamada ser humano” se estructura a través de un azaroso proceso en lucha consigo mismo y con la propia enajenación cuyas variedades son la materia de estudio de la parcela especial denominada antropología psiquiátrica. Para desvelar los reverses de lo que denomina el tejido o “urdimbre creencial” de la psiquiatría el autor entendió como necesario el conocimiento de sus supuestos implícitos. A tal fin, plantea que el estudio de la historia de la especialidad permite realizar una tarea de desocultamiento de la urdimbre creencial de la psiquiatría, es decir, de “la infraestructura de aquellas evidencias que el hombre da por supuestas al pensar de una u otra forma”; en el caso particular al pensar de cierta manera la locura en cada momento histórico. Dichas evidencias son diversas -algunas de ellas son constantes: el cuerpo, el hecho social, la capacidad de conocer, etc.- otras son circunstanciales y están sujetas a los cambios históricos. A lo largo del tiempo, las urdimbres creenciales, en tanto tramas fundamentales sobre las que reposan las ideas de una época, sufren una depuración y mientras algunas “pasan la prueba del fuego otras desaparecen en la hoguera”. Aunque puedan confundirse con las ideologías, especifica Saurí, las urdimbres creenciales se refieren a otro concepto: mientras las primeras anclan en la economía y los contenidos intelectuales propios de las clases dominantes, las segundas hacen referencia a los modos de vivir y estructurar los componentes de una cierta situación histórica, e decir, que rigen el nivel histórico existencial. Es así que, por ejemplo, en la urdimbre del naturalismo mecanicista e individualista -afirma- nace la clínica psiquiátrica matriz de un saber positivo algunos de cuyos conceptos perduran hasta hoy. Pero, esa misma potencialidad de la clínica ocultó el conocimiento del desarrollo interno de los fenómenos. La fundamentación de esas tesis conduce a Saurí a realizar un recorrido histórico a lo largo de las diversas fórmulas explicativas de la locura en occidente. Parte así del naturalismo psiquiátrico al que suceden en la crisis de la psiquiatría las

<sup>57</sup> Ver, entre otras, su célebre Jacob, C. (1941-1945), *Folia Neurobiológica*, T. I-IV, Buenos Aires, López Libreros. Una bibliografía completa del sabio alemán puede consultarse en López Pasquali, L. (1965), op. cit. pp. 113-123.

<sup>58</sup> López Pasquali, L. (1965), *Christofredo Jacob, su obra neurológica, su pensamiento psicológico y filosófico*, Buenos Aires, López Libreros.

<sup>59</sup> Orlando, J. C. (1996), *Christofredo Jacob, su vida y su obra (1866-1946)*, Buenos Aires, Editora Mundi.

<sup>60</sup> Malamud, M. (1972), Domingo Cabred, Buenos Aires, Ediciones culturales argentinas; Bonhour, A. (1959), Cabred y la enseñanza de la psiquiatría, *Psiquiatría*, 2:127-130; Loudet, O. (1959), Domingo Cabred, Su obra médico-social, *Psiquiatría*, 2:119-126; Fierri A. M., Garoselli S. L. (1968), La contribución del doctor Domingo Cabred al desarrollo de la terapia ocupacional en el enfermo mental y el Reglamento del Trabajo y peculio de los alienados, *Orientación Médica*, 798:197-198.

<sup>61</sup> Rojas N. A. (1970), El profesor José T. Borda y la psiquiatría de su tiempo, *Boletín de la Academia de Medicina de Buenos Aires*, Vol. 48, Primer semestre, pp. 289-298.

<sup>62</sup> Bonnet, E. F. P. (1965), Francisco de Veyga. Un maestro de la Medicina Legal, *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*, Vol. 43, Segundo semestre, 537-552.

<sup>63</sup> Outes, D. L. (1960), Braulio A. Moyano, 21/8/1906-7/7/1959, *Psiquiatría*, 1960, 1:109-130.

<sup>64</sup> Krapf, E. E. (1942), Tomás de Aquino y la psicopatología, *Tesis para el profesorado de psiquiatría*, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

<sup>65</sup> Pagés Larraya F. (1980), De Spiritu Acediae, *Psychológica*, 4, 137-238. También pueden incluirse aquí las traducciones en lengua castellana de textos seleccionados de la medicina y la psiquiatría clásicas precedidos de sendos estudios preliminares tales como *Constantino el africano: De Melancholia* con prólogo, introducción y notas de Fernando Pagés Larraya, en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Suplemento 1, 1992; Saurí J. J. (compil.) (1975), *Las histerias*, Nueva Visión, Buenos Aires; Pagés Larraya, F. (2003), Las fuentes del Opusculum de Melancholia del doctor Alphonso de Santacruz, *Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica*. PEPSI-CONICET, 42, XIV; Pagés Larraya, Place, C. (2004), El Bestiario de Paul-Ferdinand Gachet. Con la edición de su Tesis de Montpellier “Étude sur la Mélancolie” de 1858, *Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica*. PEPSI-CONICET, 46, XV.

<sup>66</sup> Saurí J. J. (1969), *Historia de las ideas psiquiátricas*, Buenos Aires, Ediciones Carlos Lolhé. Casi tres décadas después el autor volvió sobre el tema actualizándolo parcialmente en Saurí J. J. (1997), *La crisis de la psiquiatría*, Buenos Aires, Lolhé-Lumen.

teorías psicopatológicas -entre las cuales somete a crítica al psicoanálisis- para finalizar en una presentación de la antropología psiquiátrica. En apéndice, reproduce fragmentos escogidos de Maudsley, Chaslin, Janet, Blondel, Von Monakow y Mourgue que ilustran las estaciones de su periplo por las teorías psiquiátricas.

Pero, fue en el ámbito historiográfico centrado en las ideas sobre la locura, propiamente argentino, que se produjo la mayor producción de investigación en el período mencionado.

Como se dijo en la introducción, la obra que marcó un cambio en la manera de abordar el tema en nuestro medio fue el texto de Hugo Vezzetti *"La locura en la Argentina"*<sup>67</sup>. Con el mismo título que el libro de Ingenieros, ese ensayo inauguró un análisis de la historia de nuestra psiquiatría dotado de otras herramientas epistemológicas, propias de la historia intelectual, cultural y social. Vertebrando su aparato crítico atraviesan el texto referencias a George Canguilhem, Robert Castel, Klaus Dörner y Michel Foucault, en lo atinente a la medicina mental, y a Tulio Halperín Donghi, Ismael Viñas, José Luis Romero y Oscar Terán respaldando reflexiones sobre la historia nacional<sup>68</sup>.

El disparador de la preocupación de Vezzetti es... *"... la locura como objeto de discursos y de prácticas" [...] "en un campo de intersecciones" [...] "Perseguir su constitución y sus transformaciones -afirma- exige una investigación que desborda ampliamente los temas propiamente psiquiátricos tal como han sido corrientemente abordados a partir de los tratados médicos" [...] En la Argentina, la formación del Estado no puede separarse de este movimiento, en el cual se integran distintos resortes en el proyecto utópico de una reforma mental y moral de la población"*.

Instalada la indagación en esas coordenadas el terreno de demostración en la obra gira en torno a la construcción del dispositivo psiquiátrico en el seno de la sociedad argentina. Su estudio abarca desde la labor fundacional de Meléndez hasta el final de la de Cabred e Ingenieros. Desde la generación del '80 al Centenario, en otras palabras, el momento de oro del positivismo naturalista en términos de Ricaurte Soler<sup>69</sup>. La higiene social y la medicina mental, se entrelazan, en su interpretación, para dar cuenta de la locura y el crimen estudiados en el aluvión

inmigratorio que se incorpora a la Nación en construcción. El espacio manicomial, es decir, las instituciones hospitalarias, las penitenciarias, las organizaciones y las publicaciones médicas constituyen un dispositivo al que sostiene un sistema teórico, *"... un repertorio de nociones que procura ensamblarse y armonizarse, con escasos resultados desde el punto de vista de las convenciones científicas que vendrían a fundar una disciplina médica"* en la que campea la teoría de la degeneración.

El nuevo cuerpo profesional tiene intereses propios representados en cargos oficiales, universitarios y hospitalarios que permiten a sus miembros integrarse a las elites y procurarse ingresos acomodados y ascenso social. El loco inmigrante es la figura que encarna el máximo desvarío médico y moral y el mayor peligro para el orden y el progreso social. Allí se puede vislumbrar uno de los núcleos fundamentales del andamiaje argumental del aporte de Vezzetti.

En esa clave podríamos leer hoy la vinculación entre el loco pobre -heredero en el imaginario social, ubicado en el mismo lugar subalterno de clase, de aquellos despojados que venían a buscar la salvación en América- y su "habitat" obligado en el espacio manicomial argentino contemporáneo. Este aporte a la reflexión de los sistemas de atención en medicina mental, que podemos deducir de la obra de Vezzetti es un ejemplo de lo que puede obtener la crítica a los sistemas actuales de atención en psiquiatría a partir de una historia pensada como instrumento para iluminar el presente. Volveremos sobre el particular más adelante.

Sin embargo, la tentación es grande de leer también allí una reducción de la psiquiatría a un mero aparato ideológico de Estado dirigido, exclusivamente, al sojuzgamiento y la domesticación social de los pobres, carente de justificación científica, y en donde el hospicio vino a ser, en aquella "Tebas del Plata"<sup>70</sup>, el parangón subdesarrollado de aquel "gran encierro" en los asilos de la Francia del *Ancien Régime*, del que habló Foucault.

Quizás sea más fructífero pensar a la reflexión histórica como una herramienta para dar la lucha en la transformación institucional de la psiquiatría sin olvidar que el hecho psicopatológico es un dato insoslayable de

<sup>67</sup> El aporte escrito de Hugo Vezzetti, a la historiografía *psi* en Argentina no se agota en lo relativo a la psiquiatría sino que abarca un campo mucho más amplio que recorre, junto a su enseñanza oral y numerosos artículos, varios libros sobre la historia de la psicología (Vezzetti, H. (1988), *El nacimiento de la psicología en la Argentina*, Buenos Aires, Puntosur; Vezzetti, H. (2004) "Los comienzos de la psicología como disciplina universitaria y profesional: debates, herencias y proyecciones" en F. Neiburg y M. Plotkin (comp.) *Intelectuales y expertos, la constitución del conocimiento social en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós y, muy especialmente, la del psicoanálisis (junto a muchos artículos se registran sus dos textos Vezzetti, H. (comp.) (1989), *Freud en Buenos Aires*. Buenos Aires, Puntosur y Vezzetti, H. (1996), *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon-Rivière*, Buenos Aires, Paidós), haciendo del conjunto de su obra una referencia imprescindible para esas disciplinas.

<sup>68</sup> Canguilhem, G. (1978), *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI; Castel, R. (1978), *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'alienisme*, Trad. portuguesa: Río de Janeiro, Graal; Dörner, K (1974), *Ciudadanos y Locos. Historia social de la psiquiatría*, Madrid, Taurus; Foucault, M. (1966) *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI; Foucault, M. (1976), *Historia de la locura en la época clásica*, México, FCE; Foucault, M. (1966), *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI; Foucault, M (1977), *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, México, Siglo XXI; Halperín Donghi, T. (1982), *Una nación para el desierto argentino*, Buenos Aires, CEAL; Viñas, I. (1982), *Literatura argentina y realidad política*, Buenos Aires, CEAL; Romero J. L. (1975), *Las ideas políticas en la Argentina*, Buenos Aires, FCE; Terán, O (1979), "Introducción" en Ingenieros J. *Antiimperialismo y Nación*, México, Siglo XXI.

<sup>69</sup> El documentado estudio del panameño Soler, R (1968), *El positivismo argentino*. Buenos Aires, Paidós; fue otra de las referencias de Vezzetti, como así también lo ha sido de los demás investigadores enrolados en la historiografía crítica.

<sup>70</sup> Según la pomposa expresión con la que designaba Domingo Faustino Sarmiento, en la introducción de su célebre texto, *"Civilización y barbarie / Vida de Juan Facundo Quiroga y aspecto físico, costumbres y hábitos de la República Argentina"*, a la pujante y europeizada ciudad de Buenos Aires.

la condición humana que no puede agotarse en la sola perspectiva de su lugar social.

En tensión con ese reduccionismo estaría un estudio crítico de signo opuesto que busque otras significaciones. En su ya clásica interpretación de la obra de Pinel, Gladys Swain<sup>71</sup> y la misma autora junto a Michel Gauchet<sup>72</sup>, retoman la investigación sobre los orígenes de la psiquiatría, dedicándose a mostrar que los comienzos del saber psiquiátrico, alrededor de 1800, representan una fecha decisiva para las ciencias del hombre. Los autores mencionados inauguraron una nueva interpretación sobre el tema de la sinrazón en el Occidente moderno, que M. Foucault había descrito como una vasta reducción al silencio que culminaba con la pretensión de la razón de proveerse una ciencia objetiva para el alienado. La reconstitución que aportó Swain, del momento fundacional de la clínica psiquiátrica en sus términos exactos, ofrece una imagen profundamente diferente: allí donde la tradición veía un loco encerrado en la soledad de su delirio o la ceguera de su furia, los médicos descubrieron un ser que no está cerrado a los otros ni a lo que le acontece. Ni encierro en sí ni ausencia de sí en el alienado, sino una desgarrante presencia que se interroga sobre el sentido de su trastorno y una constante preocupación por el otro. De allí la posibilidad de acceder a un intercambio terapéutico con ese sujeto que sabe algo de su alienación y se defiende contra ella. En otras palabras, Swain y Gauchet pusieron el acento sobre el concepto fundamental de la empresa de Pinel: cualquiera sea el grado de locura del alienado, este último no está nunca completamente ajeno a sí mismo; el paciente no adhiere jamás totalmente a su propia alienación. Es precisamente esa distancia entre el loco y su propia locura lo que hace posible en los hospicios de Bicêtre y La Salpêtrière emprender el “tratamiento moral”; ya que se podrá establecer con esa parte sensata del insensato el diálogo terapéutico. Mientras Michel Foucault en su *Histoire de la folie à l'âge classique* hace de Pinel un heredero directo de toda una tradición, Swain y Gauchet subrayan, por el contrario, el valor de ruptura teórica de su propuesta. Si bien es cierto que retirar a los locos del Hospital General para alojarlos en asilos específicos dio testimonio de una voluntad de exclusión creciente, también debe reconocerse que ese aislamiento en las instituciones monovalentes constituyó a la locura como objeto teórico a parte

entera. Y es, entonces, en ese momento, en el que el loco devino el objeto de una verdadera investigación científica que se impuso la presencia de la parte inalienable de su subjetividad<sup>73</sup>.

Desde una vertiente complementaria el método “genealógico”, como lo conceptúa Robert Castel, permite pensar la historia “en presente” o “para el presente”. Según él se intenta buscar las filiaciones que entretejen la trama de la historia, es decir, estimar en cada acontecimiento determinado los efectos de “innovación” de los que sea portador y, simultáneamente, la persistencia de aspectos “heredados” del período anterior. De esa manera se logra rescatar lo positivo en los cambios de las teorías y las prácticas al tiempo que “*desencubriendo las estructuras ocultas que subyacen a cada acontecimiento en la historia de una disciplina, se procede de forma antinormativa apartándose de los discursos apologéticos por medio de los cuales los miembros de esa disciplina puestos a hacer su historia ‘oficial’ caen en la tentación corporativa de dar una imagen de la misma lo más ventajosa posible*”<sup>74</sup>.

En el año 2000, Antonio S. Gentile publicó, junto a otras investigaciones complementarias<sup>75</sup> incluidas en el mismo volumen, un estudio monográfico titulado: *La institución de la psiquiatría en Rosario. Reconstrucción histórica de su trama ideológica (1927-1940)*. Este trabajo, es el primero que se adentra, con una metodología historiográfica crítica, en el estudio de la aparición y desarrollo de la psiquiatría en una región del interior de la Argentina<sup>76</sup>. El enjundioso recorrido de Gentile revisa, en el marco político, económico y social de la transformación y modernización de la ciudad de Rosario<sup>77</sup>, el proceso de separación de la psiquiatría de la neurología, la constitución de su dispositivo institucional, los criterios fijados para la enseñanza de la especialidad, la formulación de una nosografía original -propuesta por Lanfranco Ciampi y Gonzalo Bosch en la Segunda Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal celebrada en San Pablo, Brasil, en 1930, para ser adoptada en toda Latinoamérica-, las publicaciones especializadas y varios otros aspectos que permiten una comprensión amplia del objeto de estudio.

Más recientemente, y en la misma dirección se presentó un estudio exhaustivo, sobre el surgimiento de la especialidad en la Argentina<sup>78</sup>. Se postula en el mismo que el acontecimiento aludido se desarrolló a lo largo

71 Swain G. (1977), *Le Sujet de la folie*, Toulouse, Privat.

72 Gauchet M, Swain G. (1980), *La pratique de l'esprit humain. La institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.

73 Stagnaro J. C. (2006), Psiquiatras y manicomios: su origen consustancial y notas sobre su evolución, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, XVII, 65:43-51.

74 Castel, R. (1883), “Introducción” en Alvarez Uría, Fernando. *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona, Tusquets, pp. 7-13.

75 “La institución de la psiquiatría en Rosario. Reconstrucción histórica de su trama ideológica (1927-1940)”; “Psicoanálisis y medicina” y “La invención del psicólogo en la Argentina (1954-1960)” en Gentile, S. A. (2000), *Ensayos históricos sobre psicoanálisis y psicología*, Rosario, Editorial Fundación Rosso.

76 Con excepción de algunas comunicaciones menores hechas en congresos y jornadas y un artículo previo del mismo Gentile (Gentile, S. A. (1998), Lanfranco Ciampi y Gonzalo Bosch. El nacimiento de la psiquiatría en Rosario, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 5:3-12).

77 Rosario, ubicada estratégicamente en la encrucijada de las vías de comunicación que conectan con Brasil, Chile, Bolivia, Paraguay y Uruguay, extendida a orillas del río Paraná con su puerto de aguas profundas, industrias y comercios importantes, y más de un millón de habitantes es una de las ciudades más importantes de la República Argentina.

78 Stagnaro, J. C. (2005) *Lucio Meléndez y el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina (1870-1890)*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

del período 1870 - 1890, es decir, la época en que terminó sus estudios de medicina y asumió el liderazgo de la naciente especialidad Lucio Meléndez. Más precisamente, el período de estudio abarca el lapso que comienza en la época en la que Meléndez inicia su colaboración regular en la *Revista Médico-Quirúrgica* (fundada en Buenos Aires, en 1864), incluye los años que transcurren entre el momento en el que asume como Director del Hospicio de San Buenaventura -luego Hospicio de las Mercedes-, en 1876, y titular de la flamante cátedra de Patología Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en 1886, hasta su jubilación del primero de ellos y su renuncia al segundo, ambas en 1893, siendo sucedido, en ambas tareas, por su discípulo Domingo Cabred.

En rigor de verdad, en un sentido amplio, el conjunto del dispositivo psiquiátrico que completó el despliegue de la especialidad en la Argentina, como se anticipó antes, tardó dos décadas más en tomar forma definitiva, es decir, que con la obra de Cabred creando la red de instituciones psiquiátricas en el resto del país, los desarrollos de la medicina mental en las provincias de Córdoba y Santa Fe, la consolidación de la escuela criminológica en la que se destacaron Francisco de Veyga y José Ingenieros, entre otros, la llegada al país de Christofredo Jakob, quien introdujo de primera mano la escuela alemana en la Argentina y la tarea desarrollada por Lanfranco Ciampi, discípulo de Sancte de Santis, para iniciar los trabajos de psiquiatría infantil en Rosario, se completarían los grandes ejes que instalaron a nuestra psiquiatría con una particular vitalidad; en comparación con los demás países de América Latina y del resto de la periferia mundial.

Sin embargo, queda ampliamente demostrado en la investigación que comentamos, que el nacimiento, propiamente dicho, de la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina fue una maniobra que lleva, sin lugar a dudas, la rúbrica de Lucio Meléndez y sus discípulos. El período demarcado en dicho trabajo coincide, en el plano político interno, con el de la organización del Estado-Nación, y la hegemonía de la generación del '80 hasta poco antes del fin del siglo. En esos años la profesión médica en su conjunto cobró organización y gozó de un progresivo reconocimiento social en Buenos Aires<sup>79</sup>.

Sin perder un encuadre abarcador de los factores sociales y culturales en juego, se exploran esa tesis espec-

tos fundamentales del desarrollo del alienismo en el país desde la óptica de la historia interna de la disciplina. En efecto, se analiza, en profundidad, la forma en que influyó el pensamiento psiquiátrico europeo sobre los especialistas locales, es decir, el modo de recepción de esas ideas, se estudia la relación de la psiquiatría con el resto de las especialidades médicas y se abunda en otros tópicos como, por ejemplo, las nosografías utilizadas, la terapéutica específica, la epidemiología en la medicina mental, los avatares políticos de los ámbitos académicos, ciertos aspectos biográficos poco conocidos de algunos personajes, las maniobras de profesionalización en dirección a "neutralizar" el charlatanismo y las corrientes espiritualistas como el espiritismo, etc. Por otro lado, sin ignorar la función de control represivo que se le ha atribuido al sistema oficial de organización psiquiátrica como una herramienta al servicio del orden social, se considera también el aspecto transformador que aportaron el humanitarismo y el asistencialismo médicos para mejorar la execrable existencia de los enfermos mentales<sup>80</sup>. Esta manera matizada y, en nuestra obvia opinión, más ajustada a los hechos históricos, es un ejemplo más de la aplicación de las nociones metodológicas propuestas por Castel.

Podemos retomar desde aquí el relato de la secuencia histórica de los acontecimientos políticos nacionales acaecidos en el último medio siglo.

A partir de la caída de Perón el país atravesó una etapa de inestabilidad y convulsiones sociales y políticas, puntuada de golpes de Estado y marcada por el ascenso de los movimientos sociales y guerrilleros, que transcurrió desde 1955, hasta su retorno en 1973, el breve interregno de gobierno hasta su muerte, y la sucesión de su esposa Isabel Martínez hasta el golpe de Estado que la derrocó, en 1976.

La historia de la psiquiatría en la Argentina devino en esos años una parte constitutiva del nuevo espacio socio-sanitario designado como el campo de la Salud Mental. Un complejo entramado cultural en el que teorías y disciplinas se entrecruzaron en un entrecruzamiento de discursos y prácticas, en un pensar y hacer vertiginosos, al calor de las luchas políticas y las crisis económicas. El psicoanálisis creció en audiencia, se institucionalizó y sufrió crisis en sus estructuras asociativas<sup>81</sup>. Hubo psiquiatras que adoptaron posiciones cercanas al psicoanálisis y otros enconadamente contrarias. Los primeros, enrola-

<sup>79</sup> González Leandri, R. (1999), *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*.

<sup>80</sup> Téngase en cuenta, por ejemplo, el relato que hace Nicolás Albarellos sobre la existencia de los internados en Cuadro de Dementes del Hospital General de Hombres de la ciudad de Buenos Aires (en Meléndez, L. (1880), Estudio estadístico sobre la locura en Buenos Aires [en colaboración con el Dr. Emilio R. Coni], traducción del francés. *Revista Médico-Quirúrgica*. XVI. pp. 451, 484 y 507) y la posterior descripción de la atención en el Hospicio de las Mercedes en la época de Meléndez y luego, bajo la dirección de Domingo Cabred.

<sup>81</sup> La historia de la recepción del psicoanálisis en la sociedad argentina y la de su institucionalización ha merecido diversas publicaciones: Aberastury, A., Aberastury M., Cesio, F. (1967), *Historia, enseñanza y ejercicio legal del psicoanálisis*, Buenos Aires, Omega; Mom, J., Foks, G., Suárez, J. C. (1982), Asociación Psicoanalítica Argentina, 1942-1982, Buenos Aires, APA; García, G. (1978), *La entrada del psicoanálisis en la Argentina. Obstáculos y perspectivas*, Buenos Aires, Ediciones Artajos; García, G. L. (1991), *Oscar Masotta y el psicoanálisis castellano*, Buenos Aires, Vezzetti, H. comp. (1989), *Freud en Buenos Aires, 1910-1939*, Buenos Aires, Puntosur; BALÁN, J. (1991), *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*, Buenos Aires, Planeta; YUNIS, J. y otros (1995), La entrada del pensamiento de Jacques Lacan en lengua española, *Analítica del Litoral*, 5: 13-92; Vezzetti, H. (1996), *Aventuras de Freud en el País de los argentinos*, Buenos Aires, Paidós; Doria Medina Eguía, R. compil. (2001), *Grandes psicoanalistas argentinos*, Buenos Aires, Lumen; Plotkin, M. B. (2003) *Freud en las pampas*, Buenos Aires, Sudamericana; Krieger E. A., Sabsay Foks, G. y otros (2003), *Fragmentos de la historia del psicoanálisis en la Argentina*, Buenos Aires, JVE ediciones.

dos en la psiquiatría dinámica, se encolumnaron, decididamente detrás de la figura de Enrique Pichon Rivière, psiquiatra -como gustaba decir hasta el final de su vida- y psicoanalista quien formó innumerables discípulos y fue, muy probablemente, portador del pensamiento teórico más original de la psiquiatría argentina<sup>82</sup>.

La creciente violencia que se adueñó de la sociedad en esos años desembocó en la Dictadura Militar que asoló el país hasta 1983, poco después de la Guerra de las Islas Malvinas. En el campo de la Salud Mental, el gobierno castrense dejó un luctuoso saldo de muertos y desaparecidos como efecto del Terrorismo de Estado. Las instituciones psiquiátricas<sup>83</sup>, tanto hospitalarias como científico-gremiales, en particular la Federación Argentina de Psiquiatras, sufrieron desmantelamientos y represión, y la formación de los psiquiatras estuvo, en muchos lados, bajo la responsabilidad de especialistas complacientes o cómplices del gobierno militar.

Luego de algunas comunicaciones de corte testimonial<sup>84</sup> se comienza a contar con aportes importantes que han inaugurado la investigación sobre este período como la valiosa y voluminosa investigación encarada por Enrique Carpintero y Alejandro Vainer<sup>85</sup>, aunque un examen crítico exhaustivo de ese importante tramo de la historia reciente queda abierto a nuevos desarrollos.

## Panorama actual

### a) Estructuras de investigación

A excepción de la Universidad de Buenos Aires la enseñanza y la investigación de la historia de la psiquiatría tuvieron, hasta el presente, una escasa o nula representación en el seno de las cátedras de historia de

la medicina<sup>86</sup>. Este fenómeno contrasta con los estudios de historia de la psicología<sup>87</sup>. Por un lado, en algunas Facultades de Psicología se crearon cátedras específicas que dictan la materia en el nivel de grado<sup>88</sup>, al tiempo que, en los últimos años, se verifica un más pronunciado interés por la historia de la disciplina en otras cátedras.

El intercambio sobre temas de historia entre las diversas disciplinas que componen el campo *psi* fue escaso e inorgánico durante mucho tiempo, manteniéndose cada una de ellas en compartimentos relativamente estancos. Recién en los últimos años, se pudo observar un giro particular: los investigadores en historia de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis tienden a acercarse porque muchos de ellos comparten la idea que, en nuestro país, las tradiciones en sus disciplinas se entrecruzan particularmente y que una acabada comprensión de los fenómenos históricos de cada una de ellas no puede lograrse sin una visión de conjunto<sup>89</sup>. Probablemente la génesis de esas profesiones en la Argentina signó su conformación, y esto se refleja en la escasa nitidez de sus bordes cuando se exploran las mutuas influencias representadas en la obra de pensadores de frontera y en sus instituciones universitarias. En efecto, ciertos médicos, psicólogos, y psicoanalistas provenientes de ambos orígenes universitarios, situaron sus obras en dimensiones de interfase, difíciles de clasificar en términos de las incumbencias disciplinarias estrictas.

En el ámbito específico de la historiografía psiquiátrica, el interés de los especialistas en psiquiatría por el pasado de su disciplina ha sido patrimonio de círculos restringidos. Sólo recientemente se comenzó a dibujar en el ámbito de la especialidad un mapa diferente que prefigura nuevas posibilidades para el futuro<sup>90</sup>.

El acercamiento entre médicos puestos a historiadores e historiadores profesionales -la historia de la psiquia-

<sup>82</sup> Stagnaro, J. C. (2008). El contexto psiquiátrico internacional en el que Enrique Pichon Rivière introdujo la psiquiatría dinámica en la Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 24, 26-32.

<sup>83</sup> Similar ataque sufrieron psicólogos (como fue el caso de la desaparición de la Lic. Beatriz Perosio presidenta de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires) y psicoanalistas. Una lista de los trabajadores de la Salud Mental detenidos-desaparecidos se encuentra en Carpintero, E., Vainer, A. (2004 y 2005), *Las huellas...T. II*, pp. 289-305 (nota<sup>83</sup>).

<sup>84</sup> Ver por ejemplo: Stagnaro, J. C., Casinelli M. E., Wintrebert D. *Souviens-toi, L'Information Psychiatrique*, 60, 1, 1984; Stagnaro, J. C., Wintrebert. *La Psychiatrie en Argentine: Blessures et Espoirs, L'Information Psychiatrique*, 65, 4, 1989. Articulando datos clínicos y psicopatológicos registrados en las víctimas del Terrorismo de Estado con vivencias testimoniales de los terapeutas y datos históricos un grupo de psicoanalistas de la Asociación Psicoanalítica Argentina dejaron registrada su experiencia en Abudara, O. y otros (1986), *Argentina, psicoanálisis y represión política*, Buenos Aires, Kargieman.

<sup>85</sup> Carpintero, E., Vainer, A. (2004 y 2005), *Las huellas...; Visacovsky S. (2002), El Lanús, memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires, Alianza Editorial.

<sup>86</sup> Hay cátedras de historia de la medicina en las Universidades nacionales de Buenos Aires, Córdoba, La Plata, Tucumán, Nordeste y Rosario.

<sup>87</sup> Aunque cabe señalar que el estudio de la historia de la psicología hasta la última parte del siglo XX permaneció, en forma semejante al de la psiquiatría, prácticamente inexplorado, como lo afirma Hugo Vezzetti en *El nacimiento de la psicología en la Argentina*, op. cit., p. 11.

<sup>88</sup> Existen dos cátedras oficiales en la Universidad de Buenos Aires y una en la Universidad de San Luis, presididas por los profesores Hugo Vezzetti, Lucía Rossi y Hugo Klappenbach, respectivamente. Además se dictan cursos de grado de Historia de la Psicología en las universidades del Comahue y La Plata. De esos ámbitos aparecieron publicaciones que registran su producción en ciertos períodos como los *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología* (volúmenes 1995, 1996 y 1997), y libros entre los que se puede mencionar: Vezzetti, H. (1985), *El nacimiento de la psicología en la Argentina*, op. cit.; Rossi, L., García de Onrubia, L. y otros (1990), *Para una Historia de la Psicología*, Buenos Aires, Lugar Editorial; Rossi, L. (1994), *Historiar en Psicología*, Buenos Aires, Ed. Tekné; Rossi, L. y colab. (1994), *Psicología en Argentina. Capítulos olvidados de una historia reciente*, Buenos Aires, Tekné; Rossi L. y colab. (1997), *La Psicología antes de la profesión*, Buenos Aires, Eudeba; Vilanova, A. (1997), *El carácter argentino, los primeros diagnósticos*, Mar del Plata, Departamento de Servicios Gráficos de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Rossi, L. y colab. (2001), *Psicología: su inscripción universitaria como profesión. Una historia de discursos y de prácticas*, Buenos Aires, Eudeba.

<sup>89</sup> Muchos de los Trabajos presentados en los Encuentros Argentinos de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis (*vide infra*) en estos años son demostrativos de esta labor de interfase.

<sup>90</sup> Desde 1995, un núcleo de psiquiatras, reunidos en el Capítulo de Historia de la psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), ha organizado, regularmente, mesas redondas, simposios y cursos sobre el tema en los congresos anuales de su entidad, contribuyendo, fuertemente, a estimular el interés entre sus colegas por la epistemología y la historia de la especialidad. El mismo grupo ha creado, recientemente, en el seno del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad de Buenos Aires, un sector específico dedicado a la investigación y la docencia en historia y epistemología de la psiquiatría.

tría no ha constituido un centro de interés para estos últimos- sufre las mismas contradicciones y atraviesa las mismas dificultades que las observadas en otros países. Rafael Huertas ha dado suficientemente cuenta de esta controversia demostrando que tal “interacción” entre disciplinas puede, bien conducida, resultar muy fructífera para ambos campos y para la tarea común que se produce en su intersección<sup>91</sup>.

Sin embargo, dicho encuentro no se ha producido en la Argentina, aunque algunos puentes comienzan a tenderse a partir de intereses convergentes en ciertos temas.

Por otro lado, quienes se dedican a la investigación en el área de la historia de la medicina -y en particular de la psiquiatría- en la Argentina tropiezan con fuertes dificultades prácticas porque los insumos disponibles para ello no abundan. Las bibliotecas están poco actualizadas y muy descentralizadas<sup>92</sup>, hay una masa de materiales dispersa e insuficientemente catalogada, con horarios de acceso para la consulta muy limitados. Es de suponer que mucho material de fuentes primarias queda aún por ser descubierto. Sólo muy recientemente se ha podido ubicar y rescatar de la destrucción una cierta cantidad de documentos administrativos e historias clínicas que datan de principios del siglo XX, provenientes de los grandes asilos psiquiátricos de Buenos Aires y de Córdoba; mientras que eventuales registros de ese tipo pertenecientes a instituciones privadas o provenientes de la consulta particular de los psiquiatras argentinos de esa época, y posteriores, no han sido motivo de investigaciones hasta el presente.

#### b) Reuniones científicas y publicaciones

Luego de un lejano antecedente, en 1967, que no dejó mayor traza, las Primeras Jornadas de Historia de

la Psiquiatría, recién desde 1999 comenzaron a organizarse encuentros nacionales de “Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis”, que se celebraron en distintos puntos del país (Buenos Aires, San Luis, Córdoba, Rosario, La Plata) comenzando por Mar del Plata (1999)<sup>93</sup>. Estos eventos fueron convocados por el Capítulo de Historia de la Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)<sup>94</sup>, cátedras universitarias de varias Facultades de Psicología<sup>95</sup>, algunos interesados en el tema pertenecientes a instituciones psicoanalíticas y el Instituto de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sus participantes son, en su gran mayoría, docentes e investigadores en el tema, con lo cual se ha producido un acercamiento y una comunicación fluida entre los mismos que apunta a conformar una masa crítica de especialistas en la historia de esas disciplinas en el país.

Como lo hemos comentado durante la última década se publicaron diversos trabajos que han enriquecido la perspectiva de la historia crítica revisando períodos ya estudiados por los historiadores tradicionales. Además de los mencionados a lo largo de este artículo, hubo otros que se ocuparon de diversos tópicos: historia general del período, historia de las instituciones hospitalarias, biografías, salud comunitaria y salud mental, crítica de la psiquiatría asilar y reformas psiquiátricas<sup>96</sup>. También se han practicado estudios bibliométricos de publicaciones psiquiátricas contemporáneas que dejan bases documentales de gran utilidad para el estudio de la historia reciente de la especialidad y disciplinas conexas<sup>97</sup>. Por otro lado se registran muchos artículos en revistas de la especialidad<sup>98</sup>, tesis doctorales y libros, conteniendo traducciones y estudios preliminares de textos de la clínica clásica<sup>99</sup>,

<sup>91</sup> Huertas, R. (2001), Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, I, 1, pp. 10-12 y Huertas, R. (2004), *El siglo de la clínica, para una teoría del saber psiquiátrico*, Madrid, Frenia, pp. 19-20.

<sup>92</sup> Baste como ejemplo la desconexión entre las bibliotecas de las universidades de Buenos Aires, Rosario y Córdoba, que carecen de catálogos centralizados o la dificultad de acceso a importantes fondos de material histórico como los de las bibliotecas de los primeros hospitales psiquiátricos. En este sentido está haciendo falta un trabajo de organización de fuentes (un ejemplo de ello en España es el desarrollado en Valencia: Dualde Beltrán, F; Rey González, A; Jordá Moscardó, E. (2002), Bases documentales en la Historia de la Psiquiatría Española, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, Vol.2, N° 2, pp. 84-91.

<sup>93</sup> Las ponencias del primer Encuentro quedaron registradas en un libro: Ríos J.; Ruiz, R.; Stagnaro J.C.; Weissmann P., comp. (2000), *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Historia y memoria*, Buenos Aires, Polemos. En 2011 se realiza el XII Encuentro en la ciudad de Buenos Aires.

<sup>94</sup> Creado en 1995, este núcleo de psiquiatras interesados en la historia ha organizado, también, mesas redondas, simposios y cursos sobre el tema en los congresos anuales de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), contribuyendo, fuertemente, a estimular el interés entre sus colegas por la historia de la especialidad.

<sup>95</sup> Facultades de Psicología de las Universidades de Buenos Aires (cátedras de los profesores Hugo Vezzetti y Lucía Rossi), San Luis (profesor Hugo Klappenbach), Rosario (profesor Antonio Gentile), Mar del Plata (profesor Vilanova), La Plata (profesor Ricardo Ruiz).

<sup>96</sup> Sin la pretensión de citar a todos podemos mencionar: Balbo, E. (1991), *Argentinian Alienism from 1852-1918, History of Psychiatry*, 2: 6:181-192; Jankilevich, A. (1999), *Hospital y comunidad. De la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la República corporativa*, Buenos Aires, Asociación francesa filantrópica y de beneficencia; Recalde, H. (1997), *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) a través de las fuentes médicas*, Avellaneda, Grupo Editor Universitario; Galende, E. (1990), *Psicoanálisis y Salud Mental, para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós.

<sup>97</sup> Weissmann, P. (1999), *Cuarenta y cinco años de psiquiatría argentina desde las páginas de Acta, Mar del Plata*, Departamento de Servicios Gráficos de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Weissmann, P. (2000), *Vertex, historia, estudio socio-bibliométrico y análisis cuantitativo de sus Secciones en su décimo aniversario (1990-2000)*, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Volumen XI / Suplemento II / Segundo Semestre.

<sup>98</sup> *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (1954-hasta la fecha), *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* (1990-hasta la fecha), cuyo índice puede consultarse por Internet: [www.polemos.com.ar](http://www.polemos.com.ar) y *Alcmeón, Revista argentina de clínica neuropsiquiátrica* (1990-hasta la fecha), cuyo índice puede consultarse por Internet: [www.alcmeon.com.ar](http://www.alcmeon.com.ar).

<sup>99</sup> Además de una gran cantidad de ellos aparecidos en las revistas *Vertex* y *Alcmeón*, la colección Clásicos de la psiquiatría reprodujo en varios volúmenes, por primera vez en español, precedidos por notas preliminares de Juan Carlos Stagnaro, una selección de textos de autores clásicos: Clérumbault G. G. de (1995), *El automatismo mental*, Buenos Aires, Polemos; Kraepelin E. (1996), *La demencia precoz y Las parafrenias*, T. I y II, Buenos Aires, Polemos; Kraepelin, E.; Kahlbaum K.; Hecker E. (1996), *La locura maníacodepresiva-La catatonia-La hebefrenia*, Buenos Aires, Polemos; Griesinger W. (1997), *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*, Buenos Aires, Polemos; AA. VV. (1998), *Alucinar y delirar*, T. I y II, Buenos Aires, Polemos; y, con notas preliminares de Diego Outes: Wernicke C. (1996), *Tratado de psiquiatría*, Buenos Aires, Polemos; Kleist K. (1997), *Diez comunicaciones clínicas. Introducción a las localizaciones cerebrales en neuropsiquiatría*, Buenos Aires, Polemos. En 2008 y 2009 se publicaron respectivamente las traducciones de los *Estudios psiquiátricos*, T. I y II y del *Tratado de las alucinaciones*, T. I y II, de H. Ey; en 2010 fue el turno de los *Elementos de Semiología y Clínica Mentales* de P. Chaslin, T. I y II, y, en 2011, de una nueva edición en español corregida y revisada de la *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias* de E. Bleuler.

y una publicación específica: *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*<sup>100</sup>. A estas actividades en la Argentina se agregó, a partir de 2008, una iniciativa surgida desde el Capítulo de Historia y Epistemología de la APSA y el grupo de investigadores del Departamento de Historia de la Ciencia del Centro de Estudios Históricos del CSIC de Madrid, que fue la creación de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría<sup>101</sup>, coordinada por Rafael Huertas (España) y Juan Carlos Stagnaro (Argentina), y que ya reúne investigadores en el tema de esos dos países y de México, Brasil, Colombia y Chile. En sus sucesivos encuentros científicos este grupo, que incluye historiadores no psiquiatras, se ha dado por misión interrelacionar a los investigadores en historia *psi* de América Latina y España, para compartir los resultados de sus investigaciones y crear programas de trabajo conjunto.

## Conclusiones

En los últimos veinte años se verifica un interés creciente en ciertos núcleos de psiquiatras argentinos por la historia de su especialidad. De entre ellos se ha desprendido un grupo que se abocó a la tarea específica de investigación y publicación en el tema. Consolidar y ampliar el desarrollo del campo de la investigación histórica de la psiquiatría en la Argentina requiere profundizar un vasto plan de investigación y recopilación de fuentes primarias, diseñar una formación de recursos humanos adecuada para investigaciones futuras y asegurar su publicación y difusión. Para alcanzar dichos objetivos es necesario superar la fragmentación impuesta por la centralidad que marcó la historia nacional en virtud de la preponderancia de la ciudad de Buenos Aires, lo cual la convirtió en escenario, desde la época colonial, de los hechos principales en la historia de las ideas, del poder político y de las instituciones en el país. La expresión de este fenómeno en el terreno que específicamente nos interesa, ha obstaculizado la centralización de información sobre fuentes primarias dispersas en la extensa geografía institucional argentina y la conformación de una necesaria red de investigadores que pudiera articular una labor de conjunto sobre la historia de la psiquiatría con una mirada abarcadora sobre los niveles regional y nacional<sup>102</sup>.

Por su lado, a fin de reforzar la calidad de la investigación sería fundamental encontrar formas de acercamiento estable para un trabajo conjunto entre psiquiatras historiadores e historiadores profesionales.

En el orden temático es necesario situar y pensar el campo de la psiquiatría como objeto de la indagación histórica en sus diversas dimensiones: como disciplina científica, estudiando el desarrollo de su historia interna, como dispositivo institucional estudiando la evolución de los sistemas de atención, como discurso social y cultural a partir de la historia de las ideas sobre la locura y organización profesional a nivel de sus estructuras asociativas científicas y gremiales<sup>103</sup>.

Asimismo, deberían ser objeto de investigaciones futuras los estudios sobre locura y género, sobre la historia de las profesiones "auxiliares" (en particular la de los enfermeros, la más antigua, pero también las de los asistentes sociales, los terapeutas ocupacionales, los psicopedagogos, los acompañantes terapéuticos y otros miembros de los equipos de salud mental que ya cuentan más de medio siglo de existencia), sobre la historia de la psiquiatría desde la perspectiva de los propios pacientes, y un estudio diferencial entre los "saberes de prestigio" y las prácticas concretas, en particular los criterios nosográficos y terapéuticos que se aplicaron, efectivamente, en las instituciones públicas, en las clínicas privadas y en los consultorios e indagar sobre el tema de la percepción de la enfermedad mental a través del prisma de la diversidad cultural<sup>104</sup>.

Por su característica de formación social periférica, es necesario, para la comprensión de la historia de la psiquiatría en la Argentina, prestar una particular atención al estudio del fenómeno de la incorporación de ideas por medio del estudio de las operaciones de lectura realizadas en los distintos momentos de la especialidad a fin de poner en evidencia los procesos activos de recepción de las mismas al pasar de un ámbito cultural a otro<sup>105</sup>.

Por fin, para ordenar y enmarcar el campo de investigación queda pendiente la elaboración de un criterio de periodización más fundamentado de las etapas de la historia de la psiquiatría en el país ■

<sup>100</sup> Ver la detallada reseña presentada por Huertas R. en *Frenia*, (2003), III, 1. Desde entonces *Temas* continúa con su aparición regular.

<sup>101</sup> Ver: <http://www.rihp.cchs.csic.es/>

<sup>102</sup> Los Encuentros mencionados anteriormente constituyen un embrión útil para pensar la creación de esa red institucional.

<sup>103</sup> De una manera más sintética, aunque en una dirección similar, María Cristina Sacristán propone modificar la tendencia historiográfica mexicana en torno al estudio de la locura y de la psiquiatría, orientándola hacia dos vertientes: historia asistencial y médica, e historia social de la locura, que atienda la relación del enfermo con la sociedad (Sacristán, M. C. (1991), La locura y la psiquiatría en México: un balance historiográfico, *Secuencia*, *Revista de historia y ciencias sociales* (21):165-172).

<sup>104</sup> Existen ciertas minorías de las comunidades originarias (mapuche, quechua-aymará, etc.) en diversas regiones del país cuya vinculación con la asistencia psiquiátrica oficial resta por ser estudiada.

<sup>105</sup> Dagfal, A. (2004), Para una "estética de la recepción" de las ideas psicológicas, *Frenia*, *Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol IV,2:7-16; Stagnaro, J.C. (2005), *La réception des idées de la clinique psychiatrique française à Buenos Aires dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle*. Actes du 6<sup>ème</sup> Congrès de l'Association européenne pour l'histoire de la psychiatrie, 22-24 Septembre 2005 (en prensa).



# Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay\*

**Humberto Casarotti**

*Psiquiatra, neurólogo, médico-legista*  
E-mail: [humberto.casarotti@gmail.com](mailto:humberto.casarotti@gmail.com)

## Introducción

El Uruguay (1) es un país pequeño de América del Sur, ubicado entre Argentina y Brasil (2) a 35 grados de latitud sur y 55 de longitud oeste, que inició su historia cuando España fundó en 1724-30 la ciudad de Montevideo (3), con el objetivo de frenar el avance portugués sobre sus

tierras, que habían sido valorizadas por la introducción de la ganadería (4).

I. Durante la mayor parte del período colonial, que se extendió hasta comienzos del siglo XIX, los pacientes

---

## Resumen

En Uruguay, país de América del Sur ubicado entre Brasil y Argentina, con una población de poco más de tres millones de habitantes, alto porcentaje de alfabetización y de buena cobertura de salud, la atención de los pacientes con trastornos mentales ha sido una constante histórica. Desde la época de la colonia y en la tradición religiosa española, la asistencia de la alienación mental contó con la "loquería" del Hospital de Caridad de Montevideo (1788). Medio siglo después de ser un país independiente, con la construcción del Manicomio Nacional (1880), la psiquiatría inició su desarrollo centrada en el asilo-hospital. En la línea de una medicina francesa, se crearon instituciones como la Cátedra (1907) y la Sociedad (1923) de Psiquiatría, que con sus actividades académicas vitalizaron permanentemente el crecimiento de esta rama médica. Desde finales de la década del 60, oscilando entre el pensamiento europeo y la gravitación norteamericana, se ha ingresado a una transformación progresiva de la psiquiatría con sus luces (extensión de la psiquiatría a todo el país, mayor pragmatismo de la atención con apertura a la comunidad, desplazamiento académico hacia instituciones no públicas, integración de modelos, etc.) y sus sombras (riesgo creciente de abandono de la psicopatología y de banalización del diagnóstico y la terapéutica).

**Palabras clave:** Uruguay - Historia de la psiquiatría - Historia de la Salud Mental.

## THE EVOLUTION OF PSYCHIATRY IN URUGUAY

### Summary

Uruguay, a country in South America situated between Brazil and Argentina, has a population of 3 million, a literacy rate of 97%, and health coverage of 87%. Treatment of patients with mental disturbances has existed throughout its history. From colonial times and in the Spanish religious tradition, treatment of mental alienation had recourse to the "madhouse" of the Charity Hospital in Montevideo (1788). Half a century after independence the National Lunatic Asylum was built (1880), and the field of psychiatry began to develop, centred on the asylum-hospital. Within a French medical heritage, institutions such as the Chair of Psychiatry (1907) and the Society of Psychiatry (1923) were created; their academic activities permanently invigorated the growth of this branch of medicine. Since the late 1960's, with the contribution of both European thought and the North American influence, psychiatry has begun a progressive transformation, with positive gains (extension of psychiatry to the whole country, more pragmatic treatments with community involvement, academic links with non-public institutions, integration between models, etc.), but also with negative aspects (an increasing risk of abandoning the discipline of psychopathology and of trivialising diagnosis and therapy).

**Key words:** Uruguay - History of psychiatry - History of Mental Health.

---

\* El autor agradece al Editor de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* la autorización para utilizar, actualizados, los datos publicados en el Vol 71 (2007):153-163 de esa publicación.

mentales fueron tratados en Uruguay de la misma manera que en el resto del mundo: vagando por las calles, viviendo de la mendicidad y siendo recluidos en prisión cuando cometían actos antisociales (5). Al fundarse en Montevideo en 1788 el Hospital de Caridad (6), uno de sus primeros pacientes fue un enfermo mental (7), pero sólo a partir de 1817 se contó con algunos espacios dedicados a estos pacientes (8), siendo su atención el resultado de la tradición española, religiosa y humanitaria. Completado el proceso de la independencia de España y de Portugal entre 1813 y 1825, el país que había nacido dividido (9) ingresó en 1843 en la Guerra Grande (10). Aunque durante ese período fue organizándose progresivamente la asistencia médica (11), las condiciones no eran favorables a la atención de los enfermos mentales, y el desarrollo técnico de la psiquiatría se inició al finalizar el conflicto y vinculado al “aluvión de médicos arribados al Río de la Plata en los navíos de las escuadras francesa e inglesa” (12, 13).

II. La praxis psiquiátrica se inició relacionada al análisis de casos médico-legales, al igual que en la mayor parte de los países (14). Para cumplir con la atención psiquiátrica se creó para un cuarto de millón de habitantes, el primer “Asilo de dementes” en 1860 y en 1880, duplicada la población, se inauguró el Manicomio Nacional (15), denominado Hospital Vilardebó a partir de 1910 (16). En ambos lugares los responsables de la atención fueron inicialmente médicos y homeópatas y progresivamente médicos orientados hacia el estudio de la alienación mental (17) influidos en sus conceptos al igual que en el resto de la medicina, por la escuela médica francesa.

El Manicomio fue construido durante el período militarista (1875-1886) que siguió al agotamiento del viejo “Uruguay comercial, pastoril y caudillesco” (18). Esa construcción fue uno de los desarrollos del primer proyecto de modernización del país. En esa época se organizó el Estado, se reorganizó la agropecuaria, se mejoraron las comunicaciones con integración del país interior a la ciudad-puerto de Montevideo, se lograron condiciones de seguridad, se modernizó la producción (19), y especialmente se realizó una reforma del sistema educativo primario (1875) y también de la Universidad Mayor (1885) buscando una dimensión más utilitaria. En 1876 fue creada la Facultad de Medicina.

El Uruguay a partir de la última década del siglo XIX y durante los primeros treinta años del siglo XX, culminó la modernización estableciendo reformas sociales, económicas y políticas que transformaron al país en una sociedad equilibrada, progresista, optimista y confiada, que fue denominada “la Suiza de América” (20). Durante ese período se crearon, en 1908 la Cátedra de Psiquiatría (21), y en 1923 la Sociedad de Psiquiatría (SPU) (22), dos entidades conformadas por pequeños grupos de técnicos. Estas estructuras docentes y científicas (23) funcionando dentro del Hosp. Vilardebó fueron el factor primordial en el desarrollo de la psiquiatría nacional (24). Los catedráticos de psiquiatría de este período se formaron o completaron su formación asistiendo a las

principales clínicas europeas (25, 26) y participaron de un pensamiento psiquiátrico francés (27), de carácter vitalista (28, 29). La actividad de la Sociedad de Psiquiatría quedó registrada en la publicación de su revista iniciada en 1929 (30). Esta revista ha continuado editándose hasta el momento actual (31), registrando no sólo la producción local sino también la de colaboradores del exterior (32).

Al tener que responder a las exigencias del tratamiento de la patología mental la asistencia, centrada inicialmente en la hospitalización de los episodios agudos (33, 34), se ocupó progresivamente de la prevalencia de la patología crónica. En 1912 se desarrolló el espacio asistencial de tipo “colonia agrícola” como una primera forma de comunidad terapéutica, asociado a la creación de hogares protegidos o sistema de “Asistencia familiar de alienados” (35).

De 1933 a 1936 el Uruguay pasó por un período de quiebre institucional, durante el cual fueron aprobadas medidas legales relacionadas con los enfermos mentales, que aún están vigentes. Por un lado el artículo 30 del Código Penal que reconoce la inimputabilidad por patología mental, y por otro la ley N° 9581 sobre la organización de la atención psiquiátrica y la regulación de la hospitalización de los pacientes (36).

III. Después de la II guerra mundial, el Uruguay presentó un período de estabilidad político-social y de bonanza económica. A eso siguió una crisis, que se inició en los años 60 con una guerrilla urbana (37) a la que siguió una dictadura militar desde 1973 a 1984. Desde 1985, retornado el Uruguay a la democracia, se han ido sucediendo cambios con incidencia en la formación de los diferentes técnicos de la llamada ‘área de salud mental’ así como en la atención de los pacientes psiquiátricos.

a) Durante el período de estabilidad política y de bienestar social (1945-1960) que tuvo lugar simultáneamente con los comienzos de una psiquiatría terapéuticamente eficaz, se consolidó la Cátedra de Psiquiatría (38) que integró conceptos dinámicos de acuerdo al desarrollo del psicoanálisis en el país (39). Fue en ese contexto que se inició la especialización (40), convertida la psiquiatría en una actividad médica con buena renta (41). El hecho de que la formación en psicología (42) siempre estuvo vinculada al estudio y al tratamiento de la patología mental determinó que se generasen diversas polémicas en relación al tratamiento psiquiátrico por técnicos no-médicos (43). En los años de bonanza económica los psiquiatras que eran un número reducido de técnicos repartían su tiempo entre la asistencia de los episodios psicóticos agudos en el hospital o en los sanatorios en la mañana y la aplicación de psicoterapias de larga duración en sus consultorios privados durante la tarde. Los modelos que dividían a los técnicos se desarrollaban dentro del ámbito académico de la Sociedad de Psiquiatría y de la Asociación Psicoanalítica diferenciándose en el modo cómo procedían con los pacientes crónicos en sus consultorios (neurosis, trastornos de personalidad),

pero no en el encare diagnóstico y en el tratamiento de los pacientes hospitalizados (psicosis agudas y psicosis crónicas) (44).

La atención psiquiátrica, se hacía casi exclusivamente en la capital del país pero la radicación de algunos psiquiatras en los departamentos del interior comenzó a descentrar la asistencia de la capital (45). Sin embargo, carente de programas de atención de salud pública la asistencia se llevaba a cabo sin mayor organización, La "apertura" de los servicios psiquiátricos determinada por la evolución terapéutica, hizo sentir la necesidad de reorganizar la asistencia en patología mental (46). En 1966 en base a las conclusiones del informe de un consultor de la Organización Mundial de la Salud (47) se esbozaron algunos cambios menores que quedaron limitados a los servicios públicos (48).

El modelo psicoanalítico fue preponderante en la formación de los psiquiatras (49) hasta finales del siglo XX. Su influencia se extendió a la Facultad de Medicina en relación a la formación de los psiquiatras de niños (50) y también en otros aspectos (51). La evolución política en América Latina hizo que grupos de psicoanalistas muy politizados cuestionaron diversos aspectos de su práctica (52). El pensamiento lacaniano creó sus grupos de trabajo, integrándose sus cultores en diferentes áreas del quehacer psiquiátrico (53).

Uruguay participó de los desarrollos de la psiquiatría latino-americana (54), así como en la creación de la APAL, desde sus comienzos en 1960. A partir de entonces ha trabajado activamente dentro de la Asociación ocupando cargos de responsabilidad institucional (tuvo la presidencia de la Asociación cuando fue sede de los Congresos VII (1972) (55, 56) y XXIII (2004) y hoy es responsable de la Secretaría Regional del Cono Sur) (57).

b) A partir del año 1973 Uruguay sufrió una dictadura que se prolongó por once años durante la cual la Universidad de la República fue intervenida, viviendo también la Sociedad de Psiquiatría una época difícil. Sin embargo, los psiquiatras de ambas instituciones continuaron trabajando activamente buscando mantener la continuidad de su funcionamiento (58, 59).

El Ministerio de Salud Pública de la época inició cambios en la organización psiquiátrica, extendiendo al interior del país la asistencia por la creación de servicios de hospitalización. En Montevideo, se disminuyó la población de pacientes hospitalizados y se abrieron servicios en "salud mental" de atención externa intentándose luego cerrar el Hosp. Vilardebó y establecer otro hospital en el área suburbana (60). En relación a la asistencia privada se decretó la obligación de los Institutos de Atención Médica Colectiva de cubrir -por 30 días- la hospitalización psiquiátrica de pacientes con episodios agudos. El análisis crítico que de estos y otros cambios realizó en 1984 una comisión de la Sociedad de Psiquiatría (61), constituyó la base programática del programa de Salud Mental" que fue aprobado en 1986 (62).

c) Durante el periodo que se extiende desde la recuperación democrática hasta el momento actual cabe

señalar en relación a la asistencia psiquiátrica algunos aspectos. En el interior del país, el número creciente de psiquiatras radicados en los diferentes departamentos fue mejorando la asistencia. En 1986 fue creada la Asociación Psiquiátrica del Interior (API) (63) la cual ha desarrollado de modo continuado la formación de sus integrantes (cf ref. 82). En Montevideo, la asistencia psiquiátrica ha iniciado su transformación (64) pero aún carece de un plan de cubrimiento coordinado y continuo (65). Los cambios, sin estar fundamentados en estudios epidemiológicos, encaran principalmente la atención en los servicios públicos, a pesar de que las formas de asistencia de pre-pago cubren más del 70% de la población (66). La disminución de camas del hospital de agudos ha sido compensada parcialmente con la creación de camas psiquiátricas en los hospitales generales, pero en cambio la reducción de camas de pacientes que requieren 'protección asilar' (67) no se ha visto compensada con formas alternativas de atención (68). Se ha prestado asistencia a los pacientes con psicosis crónicas (69), y desde hace diez años se ha comenzado a encarar, tanto en sus aspectos asistenciales como preventivos y de rehabilitación, el abuso y la adicción al alcohol y a las drogas (70, 71) así como la alta prevalencia de suicidios. En relación a la rehabilitación, iniciada a comienzos del siglo con la creación de la asistencia familiar (72), existe un proyecto nacional dirigido a los pacientes psicóticos que busca coordinar las necesidades de los sectores público y privado (73, 74). A pesar de ser Uruguay un país con alto promedio de vida y con una numerosa población de 'tercera edad', los problemas que generan los procesos demenciales no recibe la atención necesaria (75).

Entre las leyes promulgadas en Uruguay durante el año 2007, tres implican una transformación del sistema sanitario. La primera, estableció el Servicio Nacional Integrado de Salud (SNIS) dirigido a incrementar el rendimiento de los servicios en base a una estrategia de 'atención primaria', la segunda creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la tercera estatuyó como servicio descentralizado a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En la atención psiquiátrica, donde ha mejorado la integración de los servicios y las remuneraciones de los técnicos, se plantea un Programa de Salud Mental con implementación progresiva de formas de psicoterapia. Este proyecto sin embargo, siendo el sistema legislado de 'atención primaria', al querer organizar las psicoterapias se ve enfrentado al problema de que esas acciones son técnica y económicamente de nivel 'secundario'.

En cuanto a los aspectos docentes y de trabajo académico los desarrollos en psiquiatría han sido numerosos y variados. Hasta 1984 Uruguay contaba únicamente con la Universidad de la República (UdelaR) y a partir de ese año se fueron creando otros centros universitarios (76). La docencia ha mejorado (77) en los programas de grado y de post-gradó (78) y desde 1990 se desarrollan actividades de "educación continua" en psiquiatría (79). Como una consecuencia del exilio (tb del 'exilio interno' cf ref. 58) la Cátedra de Psiquiatría sufrió lo que significó el quiebre de la continuidad del trabajo administrativo

y de la formación del personal, dos aspectos esenciales para el desarrollo evolutivo de un servicio docente y de investigación de base asistencial. Contando con esta dificultad, la Cátedra de Psiquiatría ha evolucionado por tres fases: una de recuperación de una visión holística de la especialidad (E. Probst), otra de organización administrativa con objetivos psicoterapéuticos (A. Ginés) y una tercera de orientación neurobiológica (M. Orrego) (80). Otra praxis psicológica en la medicina se estableció con la creación de la Cátedra de Psicología Médica orientada al estudio de la 'relación médico-paciente' y a las respuestas de los pacientes médico-quirúrgicos frente a su enfermedad (81).

En el Uruguay la evolución de la psiquiatría ha determinado, del mismo modo que en el resto del mundo, el surgimiento de diversas asociaciones de profesionales. Las dos sociedades 'madres', la SPU y API, han mantenido sus actividades de modo regular (cursos, reuniones académicas periódicas, actividades de educación continua, encuentros (82) y congresos (83). En la Sociedad de Psiquiatría, la sub-especialización creciente del campo psiquiátrico ha determinado la creación de diferentes 'capítulos' para mejorar su operatividad (psicoterapia, psiquiatría forense, adicción, etc.).

Las agrupaciones que han sido creadas guardan relación, unas con modelos globales de psiquiatría por ejemplo: la Soc. de Psiquiatría Biológica (SPBU) (84) y el Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey (CEIP) (85), y otras con modelos parciales, donde la prioridad la establece la metodología de tratamiento (razón por la cual, gran número de los miembros activos de estas últimas no son médicos): Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) (86, 87), Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP) (88), Sociedad Uruguaya de Análisis y de Modificación de la Conducta (SUAMOC) (89), Sociedad de Psicología Analítica Junguiana (90), Sociedad de Psicodrama y de Ensueño dirigido (91) y Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial (SUPM) (92).

En estas diferentes asociaciones se ha instalado la situación contradictoria de buscar cada sociedad incidir con su modelo psiquiátrico y de desarrollar cuestiones que como resultado de la evolución de la psiquiatría han pasado a constituir un "bien común" (93). La existencia de esa situación ha hecho que las diferentes sociedades reiteren desde su modelo parcial los mismos temas y problemas sin verse en la necesidad de buscar modelos que respondan a la complejidad real de la patología mental (94).

Otro desarrollo iniciado en Uruguay durante las últimas décadas ha sido el de los estudios de historia de la psiquiatría. Relacionado con el hecho de la corta vida del país, las investigaciones históricas de la medicina nacional (95) han sido realizadas como crónicas de acontecimientos y de personalidades relevantes, sin constituir estudios sistemáticos (96). Lo mismo ha sucedido en relación a las investigaciones históricas de psiquiatría realizadas por médicos (97).

Por otro lado, algunos historiadores profesionales han ingresado a la historia de la psiquiatría uruguaya

(98) siguiendo los lineamientos de la escuela francesa de Annales. Estos desarrollos historiográficos, integrando conceptos marxistas, psicoanalíticos y estructuralistas, han realizado lecturas que reiteran la teoría del "poder médico" y cuyo objetivo central ha sido crear la "historia de las mentalidades" (99).

En Uruguay, de acuerdo a las reflexiones de A. Scull (100) y de G. E. Berrios (101) se hace necesario abandonar la reiteración polémica de la historia de los asilos psiquiátricos, y hacer de la aproximación histórica un camino que sea fructífero tanto para los historiadores como para los psiquiatras. De ese modo será posible progresar en las investigaciones diversificadas que exige el estado actual del desarrollo de la psiquiatría nacional (102).

IV. La extensión de la psiquiatría a todo el país, el mayor pragmatismo de la asistencia con apertura a la comunidad, el desplazamiento académico hacia instituciones no públicas y la multiplicación de asociaciones de psiquiatras han tenido lugar en el contexto de cambios técnicos, sociales y económicos. Entre estos cambios cabe señalar: el retorno a un encuadre médico de la psiquiatría, la defensa de los derechos humanos de los pacientes mentales (103), el crecimiento de las demandas por responsabilidad profesional (104), los cambios en la valoración y en los tipos de psicoterapia (105) y la existencia de un alto número de técnicos (106). La psiquiatría uruguaya, por haberse mantenido a lo largo de su historia fuertemente anclada en la clínica (107) estuvo siempre abierta a las diferentes doctrinas (108) por lo cual pudo evitar hasta hace unos años, las consecuencias pragmáticas negativas del eclecticismo. La debilidad estructural implicada en el sincretismo psiquiátrico actual ha resistido mal el impacto de los DSM (109). Estos manuales con su descriptivismo operacional "ateórico" y su carencia de psicopatología (110), constituyen un riesgo real de banalización del diagnóstico y la terapéutica y una posibilidad de utilización acrítica de las psicopatologías cognitivista y psicoanalítica.

Los riesgos señalados se ven incrementados cuando no se percibe la diferencia entre '*la práctica psiquiátrica*' que a diario hacen los psiquiatras, de la '*especulación sobre la práctica psiquiátrica*' que generalmente es efectuada por no-psiquiatras: psicoanalistas, historiadores, abogados y hombres de la cultura en general. Cuando los primeros 'toman a cargo' a los pacientes que los consultan, aun cuando participen de ideas anti-psiquiátricas, estas no constituyen un obstáculo respecto a la necesidad del diagnóstico y del plan terapéutico (las ideas antipsiquiátricas se fundamentan en principios muy generales que no son aplicables al caso del paciente concreto). En cambio, los segundos, por no tener las responsabilidades que nacen del acto médico pueden especular, y muchas veces esta especulación se hace dentro del contexto de la llamada 'cultura del rechazo' (111). Los cultivadores de este contexto, que desde los años 60 aun 'se respira' en muchos medios intelectuales, sostienen: a) que todo argumento solo es un 'discurso' vinculable 'a la fuerza social que habla a través de él', y b) que se debe lograr un consenso sin disonancias, lo que implica, con-

tradictoriamente, la exclusión de quienes disienten. Cuando esa teorización es aplicada a la patología mental (112), razonando en base al mito de la inexistencia de la enfermedad mental y a que el discurso de los psiquiatras es una forma de represión social, se concluye en que los 'locos' solo lo son, por el hecho de ser marginados ('alienados') dado que 'rechazan' dicen, el discurso que prevalece en una época (113).

Los psiquiatras uruguayos reunidos en la SPU y enfrentados al riesgo de la banalización de la psiquiatría y a las consecuencias negativas del mito de la inexistencia de la enfermedad mental, se han visto en la necesidad de precisar la identidad del psiquiatra en el equipo de 'salud mental'. Identidad que implica reflexionar sobre el lugar de la psiquiatría en el conjunto de las ciencias médicas y de las ciencias antropológicas y sobre el saber-hacer de los psiquiatras. Con ese objetivo la Soc. de Psiquiatría del

Uruguay realizó en mayo de 2011 su IX Congreso que contó con la presencia de miembros de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

En diversas ponencias del congreso fueron analizados, por un lado los conceptos de 'psiquiatría', de 'saber-hacer del psiquiatra' y de 'salud mental' y por otro la necesidad de proceder con determinados parámetros a la hora de legislar sobre la asistencia de los pacientes mentales. En relación a este punto se vio que toda legislación en 'salud mental' debe fundamentarse sobre la base de una psiquiatría identificada con claridad donde se equilibren los derechos de los pacientes y los derechos de los psiquiatras, para que en la relación 'psiquiatra/paciente' todo se haga 'por el paciente' 'contra su enfermedad mental' ■

## Notas y referencias bibliográficas

1. Uruguay es considerado por el *Human Development Report*, 2001 de acuerdo a diversos índices, un país de "alto nivel de desarrollo". Tiene una baja densidad de población (3.360.868 habitantes) y por el bajo índice de natalidad, la no inmigración y un fuerte componente emigratorio el país tiende al envejecimiento con un 12.8% de población con más de 65 años y una expectativa de vida de 74.2 años. El índice de alfabetización es del 97.7% y cuenta con un 12.6% de población de nivel cultural terciario. El 95% utiliza servicios de salud adecuados y el 98% puede acceder a los fármacos esenciales. (Instituto de Estadística del Uruguay, 2002). El 90% de su población es de raza blanca resultante de la inmigración española e italiana de fines del siglo XIX y comienzos del XX. A diferencia del resto de América Latina que es un continente mestizo, Uruguay no tiene indígenas, y es muy bajo el índice de población negra y extranjera. Con una urbanización del 90%, el 60% de la población se concentra en el área metropolitana, particularmente en Montevideo, su capital, distribuyéndose el 40% restante en 18 departamentos. A pesar de ser un país de llanuras que constituyen una fértil pradera sin accidentes naturales y abundante riego, con el 87% cultivable, sólo es utilizada una tercera parte de su territorio, estando dedicado en su mayoría a la ganadería extensiva. La atención médica es cumplida por servicios públicos, por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, por seguros de pre-pago y por la atención privada (Margolis E, Piazza N. Organización de la atención médica en Uruguay. Montevideo, Nordan, 1989).
2. Los desarrollos históricos han llevado a proponer dos sistematizaciones historiográficas enfrentadas en relación al surgimiento como estado independiente del pequeño país que es Uruguay (Methol-Ferré A. El Uruguay como problema (2ª ed). Montevideo, Banda oriental, 1971). Por un lado la tesis independentista que ve en el nacimiento del país el fruto de una voluntad "nacional", y por otro, la tesis unionista, más federalista que considera que el surgimiento del país fue el resultado de influencias externas (Caetano G. Notas para una revisión histórica sobre la "cuestión nacional" en el Uruguay. En: Cultura(s) y nación en el Uruguay de fin de siglo. Montevideo: Trilce; 1991. p.23).
3. La intención de España al fundar Montevideo fue hacerlo como "fortaleza militar para frenar el avance portugués" (Bauzá F. Historia de la dominación española en el Uruguay (t 6). Montevideo, Barreiro y Ramos, 1946). Ese carácter de "plaza fuerte" impuso en lo cultural y en el comercio un "estado larval", del cual recién comenzó a salir hacia fines del siglo XIX. A diferencia de otros centros coloniales, culturalmente ricos como México y Lima debido a una emigración culta, la que pobló Montevideo y Buenos Aires "fue más civil que eclesiástica, y más comercial que letrada" (Zum Felde A. Evolución histórica del Uruguay. Montevideo, M. García, 1945).

4. Torres J de. Brevísima historia del Uruguay. Montevideo, Arca, 1994. p.18.
5. G. Vidal señala que hasta las revoluciones burguesas de fines del XVIII el tratamiento de los pacientes psiquiátricos era deplorable “desgarradoramente inhumano a los ojos de un observador actual, tanto allende como aquende el Atlántico” y que “en 1800 la suerte de un paciente de la mente no era mejor en París que en Buenos Aires o Nueva York”. (Vidal G. Prólogo de: Mariátegui J. La psiquiatría en América Latina. Buenos Aires, Losada, 1990. p.11-15).
6. Jauregui MA. Historia del Hospital de Caridad de Montevideo (1788-1925). Montevideo, Fac. Medicina (monografía No.2163), 1952.
7. A. Soiza, médico-legista ha realizado varias investigaciones sobre la psiquiatría uruguaya en la época colonial: a) Soiza A. Antecedentes históricos sobre el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay (1788-1912. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1980; 45: 97-119; b) Soiza A. Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay (1788-1907). *Rev Psiquiatría Uruguay* 1983; 48: 1-19; c) Murguía D, Soiza A. Desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay. En: Mariátegui J. La psiquiatría en América Latina. Buenos Aires: Losada; 1990. p. 183-195. En esta última publicación los autores analizan cuatro aspectos: 1) la asistencia institucional, 2) el comienzo de la actividad psiquiátrica, 3) el desarrollo de un pensamiento psiquiátrico nacional, y 4) la identidad de la psiquiatría uruguaya.
8. La Hermandad de Caridad fundadora del hospital, de raigambre católica masónica (Ardao A. Racionalismo y liberalismo en el Uruguay. Montevideo, Univ. República, 1962. La francmasonería antes de 1850. p.117-126), que continuó con sus actividades hasta 1844, no logró organizar una “casa de locos al ser reconstruido el local.
9. Las dos tendencias políticas que surgieron alrededor de los primeros presidentes después de 1830, los “blancos” y los “colorados”, se convirtieron a lo largo de la historia en dos estilos antagónicos de entender al país, que hasta hace pocos años aún recogían la adhesión de la mayoría de los habitantes.
10. Esa confrontación que duró de 1843 a 1851 y que involucró inicialmente a los bandos locales, se extendió luego al Río de la Plata, y terminó siendo una lucha internacional de la que participaron ingleses y franceses. Montevideo era en esa época, “una colonia europea en el Río de la Plata” ya que de sus 30.000 habitantes, dos tercios provenían de Europa.
11. Mañé-Garzón F, Burgues S. Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX. Montevideo, Ofic. Libro AEM, 1996.
12. cf Soiza op. cit, 1983
13. Gibert P, Martinez P. La France et les français à Montevideo entre 1830 et 1870. (monographie). Montevideo, UCUDAL, 1986.
14. cf Soiza A. Historia de la medicina legal y de los peritajes médico-forenses en el Uruguay (1724-1883). En: Puppo H, Murguía D, Puppo D. Psiquiatría forense. Montevideo: Editorial Médica; 1985. p. 1-45. Las primeras clases de psiquiatría que fueron anteriores a la Clínica psiquiátrica, formaban parte del curriculum del curso de Medicina Legal, y hasta hace pocos años, el examen de patología mental, se rendía dentro del programa de Medicina Legal.
15. En la construcción de los diversos espacios para la atención psiquiátrica fue evidente en Uruguay la influencia del pensamiento europeo. De los cuatro tipos arquitectónicos descritos por Skalevag S. Constructing curative instruments: psychiatric architecture in Norway, 1820-1920. *History of Psychiatry* 2002; 13: 51-68, sólo fueron construidos los últimos. Los dos primeros nunca fueron construidos: ni el tipo “radial panóptico” bedlamiano de 1800, donde predominaba la “vigilancia”, ni el tipo de “pabellones” separados y ordenados jerárquicamente, de acuerdo a los conceptos del “tratamiento moral” de 1820-40. El Manicomio Nacional inaugurado en 1880 correspondió al asilo de construcción “en bloque” desarrollado cuando, abandonada la teoría miasmática, fue posible crear áreas de socialización como factor de curación, en edificios rígidamente separados del mundo exterior. Posteriormente al igual que en el resto del mundo comenzaron a desarrollarse a partir de comienzos del siglo XX los espacios tipo “colonias agrícolas”.
16. Gorlero R. A un siglo de la inauguración del hospital “Vilardebó”. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1980; 45: 87-96.
17. Publicaciones sobre diversas cuestiones psiquiátricas, que a veces eran tesis de doctorado, vieron la luz durante ese período, por ej. sobre: epilepsia, organización interna de los asilos, hipnoterapia, legislación sobre alienados, etc. Cf a) Murguía D, Soiza A. 1990, op.cit.; b) Buño W, Bollini H. Tesis de doctorado presentadas a la Facultad de Medicina de Montevideo entre 1881 y 1902. *Rev Histórica (Montevideo)* 1980; 52: 154-156.
18. Caetano G, Rilla J. Historia contemporánea del Uruguay (de la colonia al Mercosur). Montevideo, Fin de Siglo, 1994.
19. Arteaga JJ. Uruguay: breve historia contemporánea. México, Fondo Cultura Económica, 2000.
20. Aumento de la urbanización, crecimiento de la inmigración, impulso fuerte de la educación con obligatoriedad de la enseñanza primaria, facilitación del acceso a la formación terciaria, sufragio universal, todo lo cual generó el desarrollo de una clase media como una de las características típicas del Uruguay durante el siglo XX (cf Arteaga JJ op. cit. 2000).
21. Puppo-Touriz H. La Cátedra de Psiquiatría (su evolución histórica). *Rev Psiquiatría Uruguay* 1983; 48: 19-36.
22. Martínez-Pesquera G. Reseña histórica de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1983; 48: 37-41.
23. Ramírez F. Pasado, presente y esperanza de futuro de la psiquiatría nacional. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1980; 45:154-168
24. a) Cáceres G, Puppo-Touriz H. Relación histórica de la Sociedad de Psiquiatría con el Hospital Vilardebó. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1980; 45: 149-153; b) Valmaggia A. 75o aniversario de la Soc.Psiquiatría del Uruguay y 90 años de la Clínica Psiquiátrica. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1999; 63: 6-7.
25. En la época era frecuente que los alienistas hiciesen cursos por ej. en Francia con H. Claude, en Italia con A. Tanzi, en Berlín con Bonhoeffer, etc. También en neurología, por ej la tesis: “Etude clinique sur la maladie de Friedreich” de FV. Soca cuyo nombre ha quedado relacionado con la descripción de esta afección.
26. A partir de 1900 la Universidad que contó con importantes fondos económicos y con equipos docentes de europeos y de uruguayos formados en Europa, comenzó su transformación a través de algunos procesos: a) aumento de sus facultades y b) ingreso a una política de descentralización, c) búsqueda de respuesta a los problemas sociales. (Breve historia de la Universidad República. Montevideo, Universidad de la República, 1989.).
27. Murguía D. Raíces francesas de la psiquiatría en Uruguay. Homenaje a Henri Ey, 3/10/1997. Montevideo, Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey ( CEIP), 1997.
28. El Dr. Bernardo Etchepare primer catedrático de psiquiatría sólo estimó válidas las teorías biológicas, incluso al interpretar la psicología freudiana. Su continuador, el Dr. S. Carlos Rossi también consideraba que los conceptos biológicos eran los únicos consistentes. Influído por la lectura de las obras de G. Le Bon y de F. Le Dantec (en la colección de E. Flammarion) y participando de la orientación lamarckiana, publicó un libro sobre: Rossi SC. El criterio fisiológico. Montevideo, Moderna, 1919, donde dominaba el concepto de adaptación (cf: Mañé-Garzón F. Un siglo de darwinismo. Montevideo, Fac. Medicina, 1990. p.193-208.).
29. a) Murguía DL. Evocación de los que pasaron. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1983; 48: 42-54. b) Casarotti H. (ed). Algunas figuras relevantes de la psiquiatría uruguaya. Do Campo O. Bernar-

- do Etchepare; Mañé-Garzón F. Santín Carlos Rossi; Murguía D. Antonio Sicco; Bachini O. Elio García Austt. Homenaje a Henri Ey, 5/9/1997. Montevideo, Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey (CEIP), 1997.
30. G. Vidal señala en su comentario sobre esta revista que es la "decana de las publicaciones latinoamericanas" (Vidal G. Comentario. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1996; 65: 95-96.).
  31. En la evolución de la Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay pueden establecerse dos períodos (Murguía D. El pasado de nuestra revista. *Revista Soc. Psiquiatría Uruguay* 1998; 62 (1): 7-8). 1er período de 1929-1930 (12 números); 2º período con dos épocas: a) la de 1935 a 1991 (56 volúmenes, Nos 1 a 322 publicados regularmente y seguidos de otros, hasta el N° 327 de 1993, en que la revista tuvo dificultades de edición y publicación); b) la de 1994 al 2010, en que la revista cambia por dos veces su formato, primero entre 1994-1997 con 9 números y desde 1998 a la fecha en que se presenta con su formato actual. Se publican dos números por año, correspondiendo el año 2010, al vol 74. En el N° 63 (2) de 1999, y 64 (1) de 2000 se encuentran los índices de Autores y de Temas de los dos períodos señalados (Disponible en: <http://www.chasque.apc.org/spu/revista>).
  32. Desde sus comienzos y hasta el momento actual, la psiquiatría uruguaya ha mantenido vínculos con los medios académicos del exterior. Muestra de esto han sido algunos de sus ilustres visitantes: L.von Meduna (1936), E. Dumas, E. Mira y Lopez (1940), H. Ey (1957), Honorio Delgado, JJ. Lopez-Ibor (1960), Alonso-Fernández (1983), R.Tissot (1983), H. Akiskal (1994), FK. Goodwin (1996), J. Garrabé (1997), O. Kernberg (1997), N. Ghaemi, y otros (cf Martínez-Pesquera G. op. cit, 1983).
  33. a) Murguía DL. Salud mental. Evolución de la asistencia psiquiátrica. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1980; 45: 120-126; b) Murguía DL. Evocación de los que pasaron. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1983; 48: 42-54.
  34. Los pacientes del Hosp.Vilardebó eran en su mayor parte "pacientes agudos". De acuerdo a una estadística de 1936, de 1663 ingresos: 70% alta, 20% derivados a las Colonias de crónicos, 10% fallecidos (Sicco A. Razones por las cuales la Sociedad de psiquiatría debe proponer la construcción de un hospital urbano. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1937; 8: 5-10).
  35. a) Garmendia F. La asistencia familiar de alienados en el Uruguay. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1930; 2:639-656; b) Garmendia FS. Memoria sobre la Colonia Etchepare. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1927; 1:639-656; c) García-Austt E, Sicco A. Asistencia Familiar en el Uruguay (informe 5/5/1931); d) Arduino M, Cáceres D, Grasés E. Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias B.Etchepare y S.C.Rossi en un período de 80 años. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1995; 59: 19-34.
  36. Esta ley fue elaborada siguiendo los lineamientos de la ley francesa de 1838 en su respeto a la persona del paciente y en su consideración a la seguridad de la comunidad. Las terapéuticas eficaces con que fue contando la psiquiatría a partir de la década del 30 hicieron que en la práctica cotidiana no fuera necesario aplicar sus ítems prescriptivos (Casarotti H, Pereira T. Ley 9581 de Asistencia de Psicópatas de 1936. *Rev Psiquiatría Uruguay* 2000; 64: 256-285).
  37. Sanguinetti JM. La agonía de una democracia. Montevideo, Taurus, 2008.
  38. En aquellos años, la Cátedra de Psiquiatría fue dirigida sucesivamente por: A. Sicco, E. García-Austt y F.Ramirez (cf Algunas figuras relevantes de la psiquiatría uruguaya. op. cit).
  39. a) Neme JC, Maggi I. Reseña histórica de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Hoja del candidato 1984; 4: 15-22; b) Korovsky E. El psicoanálisis en el Río de la Plata. *Rev Psicót Psicoanalítica* 1985; 1: 25-44; c) Freire M. Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. *Rev Urug Psicoanálisis* 1988; (81): 3-10.
  40. Certificado de Especialista en psiquiatría otorgado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, en base a un curriculum de 3 años de actividad hospitalaria, con presentación de una monografía y pruebas.
  41. Entre 1958 y 1969 se realizaron en la Clínica Psiquiátrica seis cursos de perfeccionamiento publicados en sendos tomos, como 'Anales de la clínica Psiquiátrica' (cf ref no 80).
  42. En el Uruguay los estudios e investigaciones en psicología se iniciaron en el Lab.de Psicología experimental, luego Lab. Psicopedagógico. En la década del 50' se creó en la Facultad de Medicina el Lab. Psicológico de la Clínica Psiquiátrica y simultáneamente se creó una cátedra de psicología en la Fac. Humanidades, y posteriormente un Instituto, transformado actualmente en Facultad de Psicología.
  43. Lo que en 1958 fue una polémica entre psiquiatras y nomédicos (Una polémica de nuestro siglo: médicos y psicoanalistas. Cf diversos artículos en la prensa, 1958), se ha convertido progresivamente en relaciones de colaboración. Los motivos de esta evolución han sido: a) el haber pasado las psicoterapias de ser "el" tratamiento en psiquiatría a ser sólo "una" de sus técnicas, b) la evolución diagnóstica y terapéutica lograda en la especialidad, y también c) las nuevas cuestiones de responsabilidad profesional (consentimiento válido, eficacia real de los tratamientos, etc.)
  44. Los diferentes técnicos que operaban en el área de la patología mental lo hacían dentro del modelo que G. Lanteri Laura llamó de "estructuras psicopatológicas" (Lanteri-Laura G. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris, Du Temps, 1998). En Uruguay, aunque ese contexto de lectura "psicológica" primordialmente psicoanalítica desvalorizaba las exigencias de formación psiquiátrica, no se llegó a desarrollar un verdadero movimiento anti-psiquiátrico.
  45. Como ejemplo de esta "descentramiento" de la asistencia psiquiátrica de la capital del país, cf Alvarez-Paseyro M. Estudio de la patología psíquica de la población de Paysandú (consulta psiquiátrica en el grupo de 15 a 21 años). *Rev Psiquiatría Uruguay* 1983; 48: 209-215. El Dr.Alvarez-Paseyro (apaseyro@gmail.com) ha continuado con la tarea de analizar el desarrollo de la psiquiatría en el interior del país iniciada hace más de 40 años (a) Algunas apreciaciones sobre el Servicio de Psiquiatría de Paysandú con motivo de sus 40 años de existencia; b) Historia de la psiquiatría en Paysandú (con otros); c) Bases de la Atención Primaria de Salud Mental en Paysandú).
  46. a) Ramirez F, Reyes-Terra JM, Barindelli. Propuesta al Min. Salud Pública, 1961; Comisión del MSP: Plan general de reorganización psiquiátrica; b) Ramirez F. Sobre organización de la asistencia psiquiátrica. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1964; 29: 3-18.
  47. Chanoit P. Informe sobre la salud mental en Uruguay. Montevideo, OPS-OMS, 1966.
  48. Se comenzaron a abrir servicios de psiquiatría en algunos hospitales generales y se fueron ampliando las policlínicas de atención externa.
  49. "El psicoanálisis ha puesto una nota distintiva a toda la psiquiatría del Río de la Plata... y del sur de Brasil... con una densidad de psicoterapeutas muy alta..." (cf Vidal G, op cit. 1990).
  50. Prego LE. Notas y comentarios sobre los orígenes del psicoanálisis de niños en el Uruguay. En: FEPAL. Psicoanálisis de niños y adolescentes en América Latina (desarrollos y perspectivas). Vol.II. Bibl. Peruana de Psicoanálisis.
  51. El psicoanálisis repercutió en la Facultad de Medicina donde los psicoanalistas trabajaron en su inserción en el ciclo básico y en los programas de Psicología médica de los nuevos planes de estudio (cf Neme JC, Maggi I., 1984). También se dio un intento de crear un postgrado de psicoterapia psicoanalítica en la Univ. Católica Dámaso A. Larrañaga (cf Korovsky, op cit, 1985, p.42). (cf ref no 76).
  52. Hacia el final de los 60 en la Argentina se escindieron de la APA dos grupos muy politizados (Plataforma y Documento) con los que se relacionaron psicoanalistas uruguayos que expusieron su pensamiento en "Cuestionamos I (1971) y Cuestionamos II (1972). Cf: Korovsky op cit, 1985, p.35)

53. A partir de 1977 se organizó en Montevideo el "Grupo freudiano de trabajo" que dió paso en 1981 a la Escuela Freudiana de Montevideo, inscripta en el movimiento Convergencia. A partir de 1989 se creó la Escuela lacaniana de psicoanálisis cuyos cultores sostienen fuertemente que el aporte de Lacan "reclama un espíritu crítico sobre el psicoanálisis, ... un trabajo que responda a las cuestiones que no cesan de plantearse al psicoanálisis..." (Capurro R. ¿Lacan en Montevideo? En: Homenaje a Lacan, Montevideo 1/12/01).
54. Mariátegui J. La psiquiatría en América Latina. Buenos Aires, Losada, 1990.
55. a) Murguía DL. Asociación Psiquiátrica de América Latina. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1987; 52: 113-115; b) Bustamante JA. Historia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). *Rev Psiquiatría Uruguay* 1988; 53:8-16; c) Murguía DL. Aportes para la historia de APAL. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1988; 53:17-18.
56. Con el VII Congreso de APAL, se realizó el I Congreso Uruguayo de Psiquiatría. Este congreso reunió a los distintos grupos de psiquiatras para analizar el estado actual de la psiquiatría en el país e iniciar el proceso de reorganización, que se vió postergado por la dictadura. (Casarotti HL. Estado actual de la psiquiatría en el Uruguay: Investigación. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1974; 39: 3-36; Clínica Psiquiátrica Fac. Medicina. Estado actual de la psiquiatría en el Uruguay: Aspectos docentes. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1975; 40: 3-30).
57. Fueron presidentes de la APAL los Dres. D. Murguía y A. Valmaggia, siendo actualmente Secretario Regional el Dr. F. Pagnussat.
58. Durante los primeros años de esa intervención se provocó un 'exilio interno' en el sentido de que muchos profesionales del área psiquiátrica se vieron impedidos de trabajar o colaborar en el ámbito de la Clínica Psiquiátrica (esa situación se modificó cuando asumió como profesor H. Puppo-Touriz). De 1978 a 1985 se realizaron cursos de perfeccionamiento que fueron publicados: 'Actualización en terapéutica psicofarmacológica' (1978), 'Personalidades psicopáticas' (1982), 'Involución y vejez', 'Adolescencia' (1983) y 'Avances terapéuticos en psiquiatría' (1985).
59. En este período de la historia de los servicios de Psiquiatría y de Medicina Legal se participó activamente de los congresos mundiales y regionales de Psiquiatría y de Medicina Legal (Mendoza). Se trabajó activamente en la publicación de varios libros sobre cuestiones psiquiátrico-forenses (Puppo-Touriz et al. Medicina Legal; Puppo-Touriz et al. Medicina Legal Latinoamericana).
60. Contando con la estructura de un hospital que anteriormente había sido utilizado para pacientes tuberculosos se organizó un segundo hospital psiquiátrico, el Hospital Musto (sito en la zona de Colón a 15 kilómetros del centro de la ciudad) donde fueron trasladados la mayor parte de los pacientes del H. Vilardebó. A pesar de no ser una estructura adecuada para pacientes con patología mental aguda, inicialmente contó con la aprobación de la mayor parte de los integrantes de la comunidad docente. Posteriormente, los hechos fueron mostrando que con esa habilitación y traslado había empeorado la situación de pacientes y técnicos, lo que motivó el cierre de dicho hospital pocos años después. Uno de las consecuencias más negativas de este proceso fue la pérdida de las historias clínicas de los pacientes del H. Vilardebó (de los servicios del MSP y de la Cátedra de Psiquiatría).
61. Esta Comisión (H. Casarotti, F. Dajas, G. Bertran, E. Grata-doux, G. Rivero, D. Speyer, G. Varela, A. Nin y otros) trabajó reuniéndose en forma regular desde fines de 1983, analizando y discutiendo los diversos problemas que enfrentaba la psiquiatría nacional en la época, y realizando una encuesta sobre el trabajo de los psiquiatras (en la que colaboraron diversos colegas de la capital y del interior). Ese trabajo concluyó con un encuentro el 6 de octubre de 1984, del que participaron alrededor de 200 integrantes de los diferentes grupos de técnicos del área de salud mental'. El trabajo realizado se plasmó en dos artículos que fueron publicados en 1986: Sociedad de Psiquiatría Uruguay: Comisión de Salud Mental 1984. I. Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambio. *Rev Psiq Uruguay* 1986, 51: 1-16; II. Crítica de las medidas en asistencia psiquiátrica adoptadas durante el proceso político actual. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1986; 51: 59-62.
62. Algunas características de ese programa determinaron que, hasta la fecha, solo fuese parcialmente desarrollado. Actualmente se plantea la necesidad de revisarlo a la luz de la experiencia adquirida.
63. Cf Gonzalez-Yossi H. Asociación Psiquiátrica del Interior (API): recursos humanos, ámbitos de trabajo, encuesta laboral. Panel Soc. Psiquiatría, 30/6/2000.
64. Strozzi C. Perspectivas del sistema de atención en salud mental en Uruguay. XXVI Encuentro Nacional de API, Salto, 1999.
65. Se cumple con la atención de los psicóticos crónicos y de los pacientes con adicción a drogas cuando los equipos de "salud mental" creados en Montevideo y en el interior funcionan adecuadamente.
66. Los sanatorios privados cubren más de la mitad de las hospitalizaciones por episodios agudos. Esos servicios dejaron de ser los espacios de asilamiento y de atención de agudos (de meses de duración) que eran en las décadas del 30 y del 40 del siglo pasado para ser actualmente servicios únicamente de pacientes agudos (cuya organización interna se ha visto dificultada por la necesidad creciente de hospitalizar a personas con episodios de intoxicación o abstinencia de alcohol y drogas). A partir de 1973 la obligación de cubrir la hospitalización de los servicios de pre-pago permitió la cobertura de un mayor número de pacientes, la que se cumple con menos días de hospitalización. (cf Trujillo D. Datos sobre un servicio de hospitalización privado Sanatorio Villa Carmen, Montevideo, 2002).
67. Actualmente en Uruguay se encuentran 'asilados' en las antiguas 'colonias de alienados' entre 600-700 pacientes, lo que corresponde al número esperable de personas que requieren 'protección asilar', las cuales son promedialmente alrededor de 15 cada 100.000 habitantes.
68. A lo largo de los años, además del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (cf ref. no 73), se han desarrollado algunas estructuras para la asistencia alternativa de pacientes graves. Entre ellas el Centro Sur Palermo, iniciado en 1987, ha destacado por su organización y continuidad. (Pardo V, Curbelo O, del Castillo R, Grunbaum S, Regazzoni E, Kaplan M. Evaluación retrospectiva de un programa de rehabilitación psicosocial de un Centro de día para adultos. *Rev Psiquiatría Uruguay* 2002; 66: 7-33).
69. Strozzi C. Tratamiento integral en la comunidad de personas con trastornos psicóticos. Uruguay. Conferencia AMP, Granada, 3/1999.
70. Especialmente el Centro Izcali del MSP, y otros centros dirigidos por "organizaciones no gubernamentales" (ONG).
71. Junta Nacional de Drogas y Univ. República. Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas y aspectos conexos; 1998.
72. Actualmente el sistema de asistencia familiar continúa vigente en el área metropolitana, donde son asistidos pacientes crónicos en hogares protegidos, y en "casas de salud". cf Ladowski I. Acerca del Programa de Asistencia Familiar de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica B. Etchepare. *Rev Psiquiatría Uruguay* 1999; 63: 44-66.
73. O. Curbelo en el Proyecto de desarrollo del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (oct/ 2001) reseña la evolución histórica de los intentos de atención alternativa y de rehabilitación (a) 1912: inauguración de la Colonia Agrícola b) 1929: sistema de Asistencia Familiar de Alienados; c) 30' diversos proyectos de ergoterapia en el H. Vilardebó; d) 1948: Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (Ley 11.139); 1968: aporte económico por retardo mental y otras formas de invalidez mentales (Ley 13.711); e) 1971: Centro



- Nacional de Rehabilitación Psíquica (Decreto 117/971); f) 1974: Taller Protegido.
74. En el Hosp. Vilardebó opera un Departamento de Rehabilitación que ha desarrollado diversos Programas en los sectores de hospitalización (por técnicos especializados integrados al equipo asistencial) así como en el Centro Diurno (también 'Proyectos de Pasantías laborales remuneradas'). En las salas del hospital se trabaja con proyectos terapéuticos personalizados que se orientan a un eje de trabajo para que el paciente luche contra la pasividad y el apragmatismo. Se cuenta con docentes de música, teatro, cerámica, informática, panadería, horticultura y educación física a través de convenios con instituciones públicas. En el Centro Diurno se integran intervenciones individuales y grupales, terapéuticas y de seguimiento. Ceroni C. Rehabilitación: un abordaje integral para personas con Trastornos Psicóticos. Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Biológica, Uruguay, 2006; Ceroni C. Importancia del enfoque en Rehabilitación Psicosocial para el tratamiento integral del paciente con Esquizofrenia. Educación Médica Continua, SPU, 2009.
  75. El campo psiquiátrico de la atención de pacientes con demencia ha sido progresivamente ocupado por neurólogos y por otra parte ha sido abandonado por la Cátedra de Psiquiatría. En el Instituto de Neurología de la Facultad de Medicina, en la línea de la escuela de J. de Ajuriaguerra (Bel Air, Suiza), se desarrolló un área de investigaciones de "funciones corticales" que al evolucionar se convirtió en un departamento de "neuropsicología". Desde hace unos años, utilizando diversas baterías de tests ha ingresado a áreas psiquiátricas como demencia y esquizofrenia, trabajando en estos campos con un modelo dicotómico neurológico y psicoanalítico y sin relación con la semiología psiquiátrica. La situación referida constituye de hecho la pérdida de un área importante para la formación psiquiátrica de los postgrados de la especialidad.
  76. Universidad Católica del Uruguay D.A.Larrañaga (UCUDAL), O.R.T. y Universidad de Montevideo. La Universidad Católica cuenta con grado de psicología y con diversos 'Diplomas' (ej: Estudios en Familia, Psicopedagogía, Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Acompañamiento Psicoespiritual, etc.) así como estudios de postgrado 'de Especialización' (en psicología 'clínica', 'educacional', 'del trabajo', etc.). En el campo de las Maestrías (en 'Psicología Clínica Analítica', en 'Drogadicción', en 'Psicología Clínica Familiar Sistémica', en 'Psicología Infantil y Adolescente', etc. y a partir del 2010 se ha iniciado un 'Doctorado en Psicología'. // En la Universidad de Montevideo, dentro de la 'Unidad de Ciencias Biológicas', se ofrecen cursos como el de 'Médico de familia', de 'Farmacología' y seminarios como el de 'Geriatría-Gerontología' (reconocidos por el M.S.P.) donde se consideran diversas cuestiones psiquiátricas. // Otras instituciones privadas (por ejemplo: AUDEPP y APU) también han sido reconocidas como 'institutos universitarios de posgrado' (cf, ref no 86, 88).
  77. A pesar de que en el área de "salud mental" de la Facultad de Medicina la identidad del psiquiatra ha quedado desdibujada por el predominio del modelo psicoanalítico y por la prioridad acordada a otras "praxis psicológicas" dentro de la medicina (psicología médica, neuropsicología, etc).
  78. a) El programa actual de formación psicológica y psiquiátrica del médico general abarca: 1) desarrollo de temas psicológicos en el ciclo básico; 2) clases de "psicología médica" durante tres semestres; 3) clases semanales de psiquiatría durante 2 semestres; 4) examen escrito final. b) El postgrado de psiquiatría tiene una duración de 3 años con: 1) 6 semestres de clínica psiquiátrica; 2) breves pasantías por psiquiatría de niños, neuropsicología, rehabilitación, psicoterapia; 3) análisis de una historia clínica y monografía -no tesis- de una cuestión psiquiátrica; 4) pruebas clínicas. c) El postgrado de psiquiatría de niños ingresando a un modelo más médico ha salido del margen estrecho del esquema psicoanalítico previo.
  79. Las diferentes asociaciones de psiquiatras han contribuido con sus aportes específicos al desarrollo de estos programas aunque se discute sobre el modo de realizar esta "educación continua" (cf Casarotti H. Educación Médica Continua en psiquiatría (ponencia y debate). *Rev Psiquiatría Uruguay* 2002; 65: 189-222).
  80. Investigación científica en la Clínica Psiquiátrica. Diversas actividades fueron desarrolladas entre 1943 y 2010. La mayor parte del trabajo desarrollado hasta el año 2003 es presentado en: Coll O, Ginés A. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Fac. de Medicina 1943-2003*. Montevideo: Universidad de la República; 2004. Esta publicación constituye una buena antología de abstracts de los artículos elaborados para las actividades realizadas en la Clínica Psiquiátrica durante los años 1958-1969 (F. Ramirez), 1978-1985 (H. Tobler y H. Puppo-Touriz), 1991-2009 (E. Probst, A. Ginés, M. Orrego: período durante el cual se vienen realizando anualmente las 'Jornadas Científicas en Psiquiatría'.
  81. En los hechos, diversos factores han transformado la cátedra de 'Psicología Médica' en un servicio de 'psiquiatría de enlace'. Esa situación no constituye una situación positiva para los 'psicólogos médicos' que trabajan en una de las áreas más difíciles de la patología mental pero 'desgajados' del saber psiquiátrico que se genera en la Cátedra de Psiquiatría, ni tampoco para esta, ya que con esa separación 'ha perdido' una parte esencial de su campo de aprendizaje y reflexión.
  82. La Asociación Psiquiátrica del Interior API (api2002@gmail.com) buscando facilitar la formación continua de sus asociados ha realizado en forma regular dos Encuentros por año, encontrándose en el momento actual preparando su Encuentro no 50. Esta 'educación continua' ha cubierto las diferentes cuestiones teóricas y prácticas de todo el campo psiquiátrico: \*de diagnóstico y formas de tratamiento (trast. humor, psicosis agudas, psicoterapias, psicosis crónicas, confusión mental, trast.somatomorfo, demencias, adicción, trast. alimentarios, trast. personalidad, suicidio, violencia, sexología, neuroprotección, trast. estrés postraumático, trast. bipolar, stress laboral, etc); \*de psiquiatría forense y de responsabilidad profesional; \*de organización de la asistencia psiquiátrica (experiencias asistenciales, psiquiatría en la comunidad, SNIS); \*de psiquiatría de niños (autismo, déficit atencional, etc); etc.
  83. La SPU (socpsiquiatría@spu.org.uy) organizó su I Congreso Uruguayo de Psiquiatría conjuntamente en 1972, conjuntamente con el VII Congreso de APAL. Los congresos posteriores fueron: II (1981), III (1983); IV (1988), V "Desafíos a la Psiquiatría Hacia el año 2000" (1992), VI Congreso Uruguayo de Psiquiatría- "Integración y Cambio en Psiquiatría" (1995), VII "Psiquiatría -Tiempos y Cambios" (2000), VIII "Psiquiatría en América Latina"; realizado conjuntamente con el XXIII Congreso de APAL (2004), IX "Salud Mental e Identidad Profesional" (2011).
  84. La Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay (SPBU psbiol@mednet.org.uy) a partir de 1992 y en forma ininterrumpida, ha desarrollado un intenso programa de educación en los aspectos biológicos de la psiquiatría. Durante casi 20 años ha realizado mensualmente y de modo regular un 'desayuno de trabajo' en los cuales se ha cubierto una gran variedad de cuestiones (teóricas y prácticas de la psiquiatría, así como también en el campo de la interdisciplina con las diferentes especialidades de la medicina). Por otra parte fueron realizados Cursos con invitados extranjeros, por ej. 'ECT'. M. Fink (1992); 'Psicofarmacología Esencial', S.M. Stahl (1997); 'Psicofarmacología clínica aplicada', Hans-Jürgen Möller (1998); "Neuroimagenología y Técnicas de Estimulación Cerebral", H. Sackeim (2002). La SPBU también ha llevado a cabo 14 Encuentros Internacionales de Psiquiatría Biológica sobre, por ej. 'Trastornos Afectivos' F. Goodwin (1996); 'Psicosis' C, Tamminga (1999); 'Trastornos de Ansiedad' J.C. Ballenger, (2000); 'El Lóbulo Frontal en la Patología Psiquiátrica' M. Hawkins (2004); 'Contribucio-

- nes de las Neurociencias para la Práctica Clínica' WF. Gattaz (2007), etc.
85. El pensamiento de Henri Ey (Bonneval, France) influyó, desde la década del 40, en la psiquiatría uruguaya. En un viaje que realizó a América Latina en 1957, visitó Uruguay donde dio cuatro conferencias publicadas en la revista de la SPU en 1959. A partir del final de los 60, el desarrollo de grupos interesados en conocer sus conceptos clínicos y psicopatológicos acentuó esa influencia. Posteriormente, hacia el final de la dictadura (1973-1984), y especialmente cuando la reapertura democrática, creció el interés de los psiquiatras jóvenes por un modelo pluralista como la perspectiva órgano-dinámica de Ey. Ese interés determinó la creación en 1988 del Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey (CEIP). Dicho Centro vinculado con la Association pro-Fondation Henri Ey de Perpignan, nucleado por las ideas más abarcativas de la perspectiva eyiana, se ha constituido en un espacio alternativo para la reflexión de los problemas psiquiátricos (Casarotti H, Gastal F (eds.). Psicosis y modelo órgano-dinámico. Pelotas, Educat, 1989) y ha contribuido de manera destacada en la "educación médica continua" de los psiquiatras prácticos de todo el país (cf Cursos del CEIP, actividades de las diferentes sociedades de psiquiatras, SPU, SPBU, API, etc).
  86. La Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU [www.apuguay.org](http://www.apuguay.org)) es una institución fundada en 1955. Integra la International Psychoanalytical Association (IPA) y forma parte de la Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL). Ha llevado a cabo seis congresos nacionales: (I) 'Los duelos y sus destinos: depresiones, hoy' (2000), (II) 'El cuerpo en psicoanálisis' (2002), (III) 'El Poder de los Ideales, Idealización del Poder' (2004), (IV) 'Debates sobre la subjetividad en psicoanálisis' (2006), (V) 'Prácticas psicoanalíticas' (2008), (VI) 'Desafíos del Psicoanálisis contemporáneo' (2010). En el año 2003 su instituto de formación de psicoanalistas fue acreditado como entidad universitaria de postgrado (Master en Psicoanálisis).
  87. En Uruguay, la evolución del psicoanálisis, de acuerdo a la praxis de los psicoanalistas, ha cursado etapas semejantes a lo sucedido en otros países: 1º) interés de psiquiatras y psicólogos por el estudio del sujeto como agente inconsciente de sus síntomas mentales; 2º) utilización de la psicopatología psicodinámica como base conceptual de la explicación etiológica de la patología mental, transformando al psicoanálisis en una 'psiquiatría general'; 3º) hegemonía del psicoanálisis en patología mental, con alejamiento de la medicina y en consecuencia; 4º) caída del psicoanálisis con retorno al equilibrio diagnóstico y terapéutico de la psiquiatría y de los diferentes grupos de técnicos que trabajan con pacientes psiquiátricos (cf Casarotti H. Relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis: desde finales del siglo XIX hasta el momento actual).
  88. La Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP [www.audepp.org](http://www.audepp.org)) fue fundada en 1981 con el objetivo de promover la investigación y el desarrollo de los aspectos teóricos y técnicos de la psicoterapia psicoanalítica (los miembros fundadores fueron entre otros: J. Rosa, R. Allegue, I. Mosca, C. Abal, D. Rolando, G. Ricci, L. Valdez, A. Matteo). En sus 30 años de existencia institucional ha crecido el número de sus afiliados que asisten sus a numerosas actividades de formación. teórica y práctica (cursos, jornadas, etc.). A la fecha se han realizado cinco congresos centrados en cuestiones esenciales a la práctica psicoterapéutica psicoanalítica: (I) 'Transferencia' (1991); (II) 'Intervenciones Psicoanalíticas' (1994); (III) 'La práctica Psicoanalítica en un nuevo contexto' (1998); (IV) 'Desafíos a la Psicoterapia' (2001); (V) 'Contextos Inestables-Sujetos vulnerables-Perspectivas psicoanalíticas' (2009). Desde 1998 integra la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis (FLAPPSIP). A partir de 2005 ha institucionalizado la formación en la práctica de la psicoterapia psicoanalítica con la creación del Instituto Universitario de Psicoterapia Psicoanalítica (IUPA) que se encuentra autorizado a impartir los posgrado de 'Especialización' y de 'Maestría'.
  89. En relación a métodos terapéuticos que cuentan con la actividad consciente del paciente, también en Uruguay se ha evolucionado desde procedimientos primariamente comportamentales a modos de trabajo derivados del 'modelo comportamental-cognitivo' o 'cognitivo-conductual'. Dado que este modelo se estableció en los consultorios como una exigencia clínica, su aplicación ha sido restringida a la patología mental, con influencia mínima en lo educativo, laboral y social. En 1985 se funda SUAMOC ([suamoc@suamoc.com.uy](mailto:suamoc@suamoc.com.uy)) (H. Trenchi, H. Silvera) como asociación de carácter científico con vinculaciones con la Cátedra de Psiquiatría. A lo largo de los años se ha constituido en una sociedad que agrupa a técnicos formados en este tipo de psicoterapia y que ofrece cursos de formación de 'terapeuta cognitivo-comportamental' progresando en su nivel académico (Zamora R, Lima J. Cognitive Behavioral therapy in Uruguay. *The Behavior Therapist* 2000; 1: 98-100). Ha participado y llevado a cabo diversos congresos: a) Congresos latinoamericanos de terapia cognitivo comportamental (1989 y 2000); b) XIII Latinoamericano de análisis y modificación de análisis y modificación al comportamiento y I Uruguayo de psicoterapia cognitivo conductual (2005); c) VII Latinoamericano de psicoterapias cognitivas y II Uruguayo de psicoterapia cognitivo conductual (2008).
  90. Desde 1985 se desarrolla un interés creciente por la Psicología Analítica, que llevó a la creación de la Fundación de Psicología Analítica Carl Gustav Jung. A partir de 1994 se creó un espacio académico (maestría y postgrado) en la Univ. Católica D.A.Larrañaga, en vinculación con la Soc.Brasileña de Psicología Analítica. Posteriormente se fundó la Sociedad Uruguaya siendo sus socios reconocidos por la Asociación Internacional de Psicología Analítica, con sede en Zürich.
  91. Desde 1959 M. Berta investigó y publicó en la línea del "rêve éveillé et dirigé" de R.Desoille, modificado por el uso de ácido lisérgico. En 1998 se creó la Soc. de Ensueño Dirigido que investiga sobre "Imagología dirigida".
  92. Cuyo objetivo central de: 'fomentar la formación e información de profesionales y técnicos vinculados a la atención de la salud y específicamente en su concepción biopsicosocial de la salud y enfermedad', sigue siendo pensado en relación a un modelo sincrético y ecléctico superado. (cf Ghaemi N. The rise and fall of the biopsychosocial model. Baltimore, The Johns Hopkins Univ. Press, 2010).
  93. Cuestiones en las que se participa tácitamente son por ejemplo: la revalorización del diagnóstico psiquiátrico, el reconocimiento de la heterogeneidad de la patología, la aceptación de los desarrollos en neurociencias, la valoración de los tratamientos biológicos, etc.
  94. Entre los extremos de los que reducen la psiquiatría a lo neurobiológico y los que remarcan el contexto social, las diferentes asociaciones repiten, en base a un encuadre "bio-psi-social" las mismas actividades, defendiendo la prioridad de cada modelo y sin buscar la unidad que haga posible la praxis psiquiátrica (docente, asistencial, de investigaciones epidemiológicas, etc).
  95. F. Mañé-Garzón interesado, desde la década del 50, por los estudios históricos en medicina, organizó en 1985 la Soc. de Historia de la Medicina. Posteriormente creó dentro de la Fac de Medicina el Depart.de Historia de la medicina donde se dictan cursos regulares de historia de la medicina universal y nacional, se realizan seminarios mensuales, y se desarrollan diversas investigaciones, debiendo destacarse el esfuerzo editorial que se realiza.
  96. Los desarrollos realizados hasta el momento actual no han posibilitado aún el poder encarar las cuestiones historiográficas médicas de modo profesional, ya que las universidades no cuentan con la estructura ni la continuidad necesaria que permita establecer proyectos de investigación y programas de estudio.

97. por ej. Soiza A. cf infra
98. a) Barrán JP. Historia de la sensibilidad en el Uruguay. t.I: La cultura bárbara, y t.II El disciplinamiento. Montevideo: Banda Oriental; 1989 y 1990; b) Barrán JP. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos tI). Montevideo: Banda Oriental; 1992. El poder de curar. Cap.VIII: El sometimiento, pp.213.239; Tomo 2 (1995). La ortopedia de los pobres. Cap II: El manicomio y la razón médica, pp.34-63; Tomo 3 (1995). La invención del cuerpo. Cap.IV: El combate contra la locura y la construcción de la norma(lidad), p.126-172.
99. cf. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 1997; 86; I-II, dedicada a Historia y Psicoanálisis.
100. Scull A. Psychiatry and its historians. *History of Psychiatry* 1991; 2: 239-250.
101. Berrios GE. Historiography of mental systems and diseases. *History of Psychiatry* 1994; 5: 175-190.
102. Dentro de estas investigaciones es necesario llevar a cabo: a) el estudio de la evolución de la psiquiatría no institucional, b) el análisis de las tensiones de las diversas praxis psicológicas dentro de la medicina ("psicosomática", "psicología médica", "neuropsicología, etc.), c) la historia del psicoanálisis hecha no por sus cultores, d) la investigación de los problemas relativos a la evolución "psiquiatría / ley", etc.
103. cf. *Salud y enfermedad mental en el Uruguay. Compilación de normas jurídicas que regulan su asistencia. Montevideo: IELSUR, 1992.* En el momento actual se considera nuevamente la necesidad y conveniencia de una legislación en relación a la asistencia de los pacientes psiquiátricos, sobre la base de que legislar puede ser una de las formas más innecesarias de discriminación. (cf ref nº 36)
104. Partiendo del concepto de que la enfermedad mental constituye esencialmente una disminución de la autonomía de la persona (cf Ey H. La posición de la psiquiatría dentro del marco de las ciencias médicas (la noción de enfermedad mental). En: Ey H. Estudios Psiquiátricos, 2 vol. Buenos Aires: Polemos; 2008; vol I: 67-82) el CEIP trabajó a lo largo del año 1991 con abogados considerando cuál es el modelo de enfermedad que la realidad de las enfermedades mentales exige y que debe ser tenido en cuenta por los magistrados para ejercer una 'sana crítica' en las cuestiones de responsabilidad profesional (malpraxis) en psiquiatría. Ese trabajo se concluyó con un Encuentro de dos días de duración, entre psiquiatras, médico-legistas, abogados, magistrados, etc. (*en prensa*).
105. La disminución de la demanda de psicoterapia de los últimos veinte años obligó a la mayoría de los psiquiatras de orientación psicoterapéutica a retornar a cuestiones del campo de la psiquiatría y también a ocuparse de motivos de consulta "no propiamente patológicos".
106. Para una población de 3.360.000 se cuenta con unos 600 psiquiatras, y se estima la actividad de más de 3000 psicólogos y de un número indeterminado de otros técnicos "psi". Haciendo una estimación primaria de la prevalencia de patología mental de 12-14%, más un 6% de consultas por "códigos V o Z" o "otros motivos de consulta" en la población uruguaya de 18 años o más (unos 2.400.000) las personas a "atender serían alrededor de 400.000. En base a esa proyección puede estimarse en número de pacientes por año: (a) los pacientes asistidos en consultorio serían alrededor de 350 mil, con patología mental menor (200 mil) y con motivos de consulta por problemas existenciales (códigos V, 150 mil); (b) los pacientes seguidos en "medio familiar" serían un porcentaje variable de los pacientes de consultorio; (c) los pacientes hospitalizados unos 10 mil y (d) los pacientes institucionalizados o aislados entre 600 y mil. Del análisis de los datos anteriores se puede concluir que el 50% de las personas que consultan por 'problemas psicológicos' no son asistidos por psiquiatras.
107. Murguía D, Soiza A. op.cit p.192
108. G. Vidal se refiere a este estar abierto a las distintas teorías y terapéuticas como la "juvenil porosidad adaptativa" de la psiquiatría latinoamericana (cf op.cit. p.14)
109. Desde hace dos décadas la psiquiatría uruguaya ha incrementado sus vínculos con la psiquiatría norteamericana. El uso del idioma inglés y la pérdida progresiva del francés, así como la hegemonía norteamericana psiquiátrica actual han llevado al intercambio de técnicos, a la participación en los congresos anuales de la Asociación Psiquiátrica Americana, a la recepción de sus publicaciones, etc.
110. En el Uruguay el DSM-IV y el TR a pesar de haber sido poco utilizados han tenido efectos negativos por el hecho de que, quienes los utilizan como referentes teóricos de sus actividades, han sido "expertos", que sin mayor experiencia semiológica ni práctica asistencial, han fundamentado sus enseñanzas en los conceptos de: "medicina basada en la evidencia", "meta-análisis", "guías para la buena práctica", etc.
111. Scruton R. Culture counts, Faith and feeling in a world besieged. New York, Encounter Books, 2007.
112. Foucault M. History of Madness. London, Routledge, 2009.
113. Fernández G. Locura, imputabilidad y ley penal. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (1989): 114-18.

# Historia de la asistencia psiquiátrica en Brasil: el caso de la Colonia Juliano Moreira (1940-1954)\*

**Ana Teresa A. Venancio**

*Doctora en Antropología Social por la Universidade Federal do Rio de Janeiro; Profesora del Programa de Posgrado en Historia de las Ciencias y de la Salud de la Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz - Río de Janeiro, Brasil*  
E-mail: [anavenancio@fiocruz.br](mailto:anavenancio@fiocruz.br)

**Janis Alessandra Pereira Cassilia**

*Licenciada en Historia por la Universidade Federal do Rio de Janeiro*  
Máster por el Programa de Posgrado en Historia de las Ciencias y de la Salud de la Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz  
Río de Janeiro, Brasil

## Introducción

La historia de la Colonia Juliano Moreira (CJM), entre los años 40 y el inicio de la década siguiente, tiene lugar en el contexto de conformación de una asistencia a las enfermedades mentales, dentro a su vez de una política sanitaria dirigida a la planificación y a la implantación de directrices organizativas modernizadoras por parte del propio Estado brasileño. Durante este período, desde

la creación del Servicio Nacional de Enfermedades Mentales (SNDM), en 1941, se observa una expansión cuantitativa y cualitativa de la asistencia ofrecida en la Colonia, con el incremento de sus métodos de tratamiento originales y el uso de innovaciones terapéuticas. A través de la consulta en fuentes primarias y secundarias, tales como registros médicos, documentos del Ministerio de Educa-

---

## Resumen

En este artículo se analiza la historia de la Colonia Juliano Moreira durante la década de 1940 y comienzos de los años 50, buscando comprender la conexión entre la asistencia a las enfermedades mentales y la política nacional sanitaria en el Brasil de la época. Se utilizan como fuentes primarias historiales médicos, escritos e informes de la institución, así como documentos oficiales del órgano responsable de la asistencia psiquiátrica en el período citado: el Servicio Nacional de Enfermedades Mentales del Ministerio de Educación y Salud. Se observa cómo la Colonia Juliano Moreira, creada en 1924 según el modelo de una colonia agrícola, y fundamentada en los métodos de la praxiterapia y de la terapia familiar, vivió un proceso de ampliación de sus recursos físicos y asistenciales en el contexto de la política sanitaria brasileña en el área psiquiátrica.

**Palabras clave:** Asistencia psiquiátrica - Brasil - Colonia Juliano Moreira - Institución asilar.

HISTORY OF PSYCHIATRIC SERVICE IN BRAZIL: THE CASE OF COLÔNIA JULIANO MOREIRA (1940-1954).

## Summary

The article analyzes the history of Colônia Juliano Moreira (Juliano Moreira Colony) during the 1940s and early 1950s, in order to understand the relationship between mental health services and Brazilian national health policy at that time. Charts, newsletters, and medical reports of the institution are used as primary sources, as well as official documents issued by the office then in charge of psychiatric service, the Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Educação e Saúde (Mental Disease National Service, under the Ministry of Education and Health). It observes how Colônia Juliano Moreira, created in 1924 as an agricultural colony, and based on praxitherapy as well as family therapy methods, has undergone an expansion of its physical and assistance resources within the Brazilian psychiatric health policy.

**Key words:** Psychiatric assistance - Brazil - Colônia Juliano Moreira - Nursing homes.

---

\* Este trabajo es una versión reducida de un artículo publicado originalmente como VENANCIO, A.T.A. & CASSILIA, J.A.P. "Política assistencial psiquiátrica e o caso da Colônia Juliano Moreira: exclusão e vida social (1940-1954)". IN: WADI, Yonissa Marmitt & SANTOS, Nádia Maria Weber (orgs.). *História e Loucura: saberes, práticas e narrativas*. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia /EDUFU, 2010.

ción y Salud, informes, leyes, artículos y noticias de periódicos, pretendemos discutir los diferentes procesos sociales en relación con la historia de la Colonia en el período citado.

Desde punto de vista historiográfico, se trata de investigar un momento de la psiquiatría brasileña poco estudiado, tanto en lo que se refiere a la historia de dicha especialidad médica, como a la relación entre ésta y las políticas de salud en el Brasil de la época. Las investigaciones históricas sobre la psiquiatría en Brasil se han centrado, mayoritariamente, en el período que va desde la creación del primer manicomio brasileño (1852) hasta mediados de los años 30 (2, 12, 18, 19, 20, 33, 38, 42). Al alcanzar la década de 1940, ésta aparece caracterizada de dos modos distintos. El primero de ellos lo observamos casi siempre en trabajos de médicos interesados por la historia de su propia disciplina, y nos ofrece un rico mapa de registros de los acontecimientos (3, 25, 31, 35, 37, 41); las referencias a la década de 1940, a veces divergentes en los distintos textos, provienen del relato y testimonio de sus autores, así como de la consulta a algunas fuentes primarias. El segundo modo de aludir a la década de 1940 y comienzo de los 50 es como parte de un amplio y homogéneo período de la historia de la psiquiatría, que sirvió de base para crear una genealogía del movimiento de transformación de la asistencia psiquiátrica brasileña (26, 39, 40), alentado por los propios profesionales del área en el contexto de la redemocratización brasileña a finales de la década de 1970. Estos trabajos condensan los períodos previos a la reforma psiquiátrica como expresión del proceso de mercantilización de la locura, al cual se oponen. Muchas veces, tales trabajos presentan una mirada ana-

crónica sobre los distintos momentos de la historia de la psiquiatría en el ámbito brasileño, considerada, en última instancia, como la mera implantación de un modelo de exclusión social a ser superado. No sin razón, tales trabajos se basaban sobre todo en el presupuesto de que la psiquiatría había sido desde siempre una expresión del poder disciplinario propio de las sociedades modernas; si bien, a menudo, tales análisis parecen inspirarse en una lectura reduccionista de las contribuciones foucaultianas.

Sin negar el grado de aislamiento y el maltrato que se perpetraba a los pacientes en las instituciones psiquiátricas asilares, se hace necesario entender que esa historia de exclusión se produjo a la par que otros procesos sociales entrecruzados, y estudiarlos también significa intentar comprender cómo y por qué tales instituciones perduraron en el tiempo. En este sentido, partimos de la realidad de la exclusión social de individuos y grupos amplios de personas, para intentar entender cómo esa política asistencial psiquiátrica también formó parte de la constitución de un Estado nacional, de la planificación de la Unión gracias a la creación de una lógica terapéutica que pudiese operar con un imaginario sobre la locura observada en sus diferentes fases; y también, de la vida cotidiana de aquellos que vivían en la Colonia Juliano Moreira integrados en familias.

### **Asistencia psiquiátrica y políticas públicas de salud en la década de 1940**

Durante el primer gobierno del presidente Getúlio Vargas (1930-1945), se observa una nueva configuración



de las instituciones y de la estructura del sistema de salud pública, en el seno de las disputas políticas nacionales: la crisis de hegemonía, con la significativa caída de la relevancia económica del sector exportador, producto del proceso de industrialización del país, y la tensión entre los proyectos políticos de centralización o de reparto del poder hacia las regiones; ambos procesos envueltos en las disputas oligárquicas (22). El campo de la salud pública era un ejemplo más del marco de tensión de política surgido a partir de entonces, con la cartera del Ministerio de la Educación y la Salud Pública (MESP) -creado en 1930- en manos de tres ministros distintos hasta 1934 (Francisco Campos, Belisário Penna y Washington Pires), cuando fue nombrado Gustavo Capanema para el cargo.

La creación del MESP establecía una diferenciación entre las acciones sanitarias promovidas por el Estado: aquéllas dirigidas a los trabajadores (la fuerza de trabajo formal) y a sus entidades corporativas en el ámbito de la Seguridad social, bajo la responsabilidad del Ministerio del Trabajo, Industria y Comercio (MTIC); y aquéllas dirigidas a los pobres, parados y trabajadores informales, los que no cotizaban a los institutos de la seguridad social, volviéndose por tanto objeto del MESP (21, 22).

De esta forma, el MESP se encargaba de los asuntos relativos a la enseñanza, la salud pública y la asistencia hospitalaria. Estaba formado por los Departamentos Nacionales de Enseñanza, Salud Pública, Medicina Experimental y Asistencia Pública, este último responsable de los servicios de atención a psicópatas y de la asistencia hospitalaria. En 1937 se sustituye el Departamento Nacional de Salud Pública por el Departamento Nacional de

Salud (DNS), que pasa a centralizar todas las acciones de salud. De la misma manera que en el área educativa, todos los órganos de salud pasan a estar subordinados al núcleo decisorio del DNS, formado entonces por cuatro divisiones: Salud Pública, Asistencia Hospitalaria, Amparo a la Maternidad y a la Infancia, y Asistencia a Psicópatas (6).

Esa centralización decisoria estaba de acuerdo con las directrices de políticas de salud pública que se discutían internacionalmente en eventos y congresos, financiados principalmente por los Estados Unidos. Entre 1930 y 1945 la Organización Panamericana de Salud había promovido varias reuniones preconizando el modelo de “*centralización normativa y descentralización directiva*” (22), creando distritos sanitarios que comprendían grupos de municipios. El control de las acciones sanitarias se llevaba a cabo por medio de estos distritos. La intención era instituir una fiscalización municipal bajo la responsabilidad de las regiones administrativas (*estados*), garantizando jerárquicamente el control federal sobre todas las instancias, y sin dejar de dialogar con los poderes locales que mantenían, de esa manera, cierta relevancia en el juego del poder.

En abril de 1941, João de Barros Barreto, primer director del DNS (1937-1956), instauraba la reforma del DNS, segmentando las acciones sanitarias en relación con determinadas enfermedades. Se pasó entonces a implantar las acciones sanitarias del DNS a través de los siguientes órganos específicos: Servicio Nacional de Leprosia, Servicio Nacional de Malaria, Servicio Nacional de Peste, Servicio Nacional de Tuberculosis y Servicio Nacional de Fiebre Amarilla (9). En este contexto se creó también el Servicio Nacional de Enfermedades Mentales (SNDM) (7),



el cual reunía la División de Asistencia a Psicópatas (DAP), con campo de acción en todo el país, y la Asistencia a Psicópatas, prestada tan sólo en el Distrito Federal. El DNS ampliaba su acción en la área psiquiátrica, hasta entonces claramente más centrada en la actuación dentro del Distrito Federal. La tarea de formulación de una política asistencial psiquiátrica de ámbito nacional se veía así fortalecida.

En ese sentido, es significativo el proceso de recogida de datos realizado por el Departamento Nacional de Salud, acerca de la situación de la asistencia a psicópatas en el país. A partir de este documento, se elaboró en 1941 el Plan Hospitalario Psiquiátrico, descrito como un conjunto de sugerencias para una acción añadida de la Unión en el área psiquiátrica. El proceso, iniciado en 1937, tenía por objeto la obtención de un diagnóstico de la asistencia psiquiátrica, cuyo resultado fue la demostración de su heterogeneidad en los distintos estados brasileños (13). Con base en ese informe, desde 1941, el SNDM pasaría a gestionar la extensión de la asistencia psiquiátrica a todo el territorio nacional, siendo sus objetivos: *...dirigir los establecimientos oficiales de asistencia a psicópatas en el Distrito Federal; (...) planificar, para todo el territorio nacional, los servicios de asistencia y protección a psicópatas, orientando, coordinando y fiscalizando las respectivas actividades de acuerdo con normas unificadas, relativas también a las instalaciones y al funcionamiento* (14).

En 1946, en ese proceso de implantación de las pautas para el área de la salud, el Ministerio de Educación y Salud estaba autorizado a celebrar acuerdos con los estados (8), con vistas a intensificar la asistencia psiquiátrica en las regiones en las que los estudios realizados por el DNS revelaran deficiencias. Este incremento se haría a través de la construcción, dotación y puesta en marcha de hospitales y servicios psiquiátricos en los estados.

En las propuestas presentadas por el Plan Hospitalario Psiquiátrico, el hospital-colonia fue la estructura privilegiada como "tipo-modelo" por la División de Asistencia Psiquiátrica del DNS de la época, bajo el criterio de que la "futura acción -como la que ahora se proyecta- no se vea en la obligación de abandonar lo que hasta aquí se ha realizado" (13). Durante la gestión de Aduauto Botelho (1941-1954) al frente del SNDM, la institución modelo "hospital-colonia" se implantó ampliamente en distintos estados brasileños. De los 20 estados brasileños de la época (incluyéndose el Distrito Federal), se constata que en 14 de ellos estaba prevista la construcción o la ampliación de un hospital-colonia o colonia, mientras que, en los seis estados restantes, se mencionaba la construcción de un hospital tradicional, o de pabellones en el interior de éstos (30). La Colonia Juliano Moreira pasó a ser uno de esos hospitales-colonia.

### Historias de la Colonia Juliano Moreira

Instalada en el terreno de una de las más antiguas haciendas de caña de azúcar de Jacarepaguá (Río de Janeiro), la Colonia fue inaugurada en 1924, aunque ya desde 1912 el Gobierno del Mariscal Hermes da Fonseca había expropiado el barrio de *Engenho Novo* (5), siguiendo las recomendaciones del Dr. João Augusto Rodrigues Caldas,

que hablaba de la necesidad de buscar un nuevo espacio para las actividades de las colonias de alienados creadas en 1890 -la Colonia Conde de Mesquita y la Colonia S. Bento-, puesto que éstas se encontraban en condiciones inadecuadas. Con el paso de las tierras a manos del Estado, en 1918, se inicia el proceso de construcción de la entonces Colonia de Psicópatas (sólo para hombres), recibiendo el nuevo nombre de Colonia Juliano Moreira en 1935 (1).

La adquisición de material eléctrico y telefónico, la conservación de carros de buque, camiones, fertilizantes y semillas, medicamentos, reactivos y material para investigación en laboratorio, eran algunas de las inversiones solicitadas al Ministerio de Justicia y Negocios Interiores. Tales suministros se hacían necesarios para la implantación de la Colonia en Jacarepaguá, un área alejada del centro de la ciudad. En el momento de su inauguración, la Colonia contaba con redes de luz, agua y cloacas, 15 pabellones construidos, además de lavandería, comedor, cocina, casas para empleados, farmacia, laboratorios, morgue y enfermería (10, 11). Su base se hallaba, desde el punto de vista terapéutico, en la praxiterapia, así como en la asistencia heterofamiliar. La praxiterapia, para el universo masculino que formaba en exclusiva la institución, se organizaba en actividades encaminadas principalmente a la agricultura. El tratamiento heterofamiliar, a su vez, se fundamentaba en la propuesta de Juliano Moreira en 1910, relativa a la construcción de una colonia de alienados en Jacarepaguá que asegurase el contacto sistemático de los enfermos con personas normales y sanas, contando para ello con el trabajo de empleados que ayudasen a la inclusión de los pacientes en una vida social mínima y propiciasen cierta convivencia doméstica (2, 32).

Estas directrices -la praxiterapia y el tratamiento heterofamiliar- siguieron vigentes durante la década de 1940. La propuesta de reglamento del SNDM (1941) y el decreto de 1944 señalaban a la CJM como una institución destinada a todos aquellos que pudiesen beneficiarse de la praxiterapia, mencionando explícitamente la oferta de asistencia heterofamiliar y confirmando la construcción de casas para tal fin, iniciada entre los años 1941 y 1945 (27, 28). Se mantenía la idea de que el modelo de hospital-colonia encarnaba uno de los más modernos y humanizados tratamientos psiquiátricos, pues el contacto con una vida bucólica (en una "villa residencial"), de una parte, y las oficinas de praxiterapia, de otra, ayudarían mucho más a la recuperación del enfermo "crónico" que el sistema asilar, el cual se asociaba a locales masificados, como ocurría en el *Hospício Nacional de Alienados* en Río de Janeiro.

En aquel momento se llevaba a cabo una reorganización de las instituciones psiquiátricas ubicadas en la capital federal. En julio de 1942, el entonces ministro de Educación y Salud, Gustavo Capanema, expidió una instrucción ministerial (4), por la que se determinaba que la Colonia debía recibir no sólo a los pacientes del antiguo manicomio, en proceso gradual de extinción, sino también a todos aquellos que fuesen allí derivados por la policía, incluso los llamados "casos agudos". Dos años más tarde, en mayo de 1944, la Colonia Juliano Moreira se entendía de la obligación de acoger enfermos "agudos",

hecho que se vería confirmado por el decreto de noviembre de 1944, al aprobar el reglamento del SNDM (34). El Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), creado en 1944, y en particular el Hospital Pedro II, también empezaban a recibir pacientes procedentes del antiguo manicomio. En esa nueva organización se establecía una división entre enfermos “agudos” y “crónicos”, que deberían ser tratados, respectivamente, en el Hospital Pedro II y en la CJM. Sin embargo, las opiniones de la Colonia y del Hospital Pedro II en torno a esta división no resultarían unánimes, pues se consideraba tal distribución como la responsable de efectos no deseados en ambas instituciones (28, 29).

El paciente podía ingresar en la CJM desde el “servicio cerrado” o el “servicio abierto”. El primero se refería, sobre todo, a los traslados de pacientes desde otras unidades del SNDM o desde la policía. La modalidad de “servicio abierto”, a su vez, definía el ingreso de un individuo que no hubiera pasado por otras instituciones, pudiendo ser ingresado por su propia familia o bajo la autorización del director de la Colonia. Las opiniones sobre la importancia del servicio abierto no fueron unánimes durante este período. En el informe del SNDM sobre el año 1941, el director de la Colonia, Dr. Sampaio Corrêa, evaluaba el servicio abierto como benéfico, y afirmaba que los pacientes ingresados de esa forma eran los que más se reinsertaban socialmente (27). En 1948, el director Heitor Péres afirmaba que este servicio había contribuido en gran medida a la masificación de la institución, problema que pretendió resolver desde el inicio de su gestión en 1946 (15).

Una vez ampliada en su estructura asistencial y física, esa institución recibiría una cantidad cada vez mayor de pacientes, hecho previsto por el reglamento del SNDM de 1941 (14). El estudio que realizamos de las Fichas de Observaciones de los pacientes también demuestra que durante la década de 1940 se produjo un incremento de los pacientes para nuevo tratamiento en la Colonia. En ese proceso, la Sección de Obras del SNDM quedó encargada de la construcción de nuevos pabellones, muchos de ellos inaugurados en presencia de varias autoridades. En 1951 (16) la Colonia albergaba aproximadamente a 3.800 enfermos de ambos sexos y tenía como principales unidades hospitalarias cuatro clínicas psiquiátricas, (dos en los núcleos masculinos “Ulysses Viana” y “Rodrigues Caldas” y dos en los núcleos femeninos “Teixeira Brandão” y “Franco da Rocha”), un Bloque Médico Quirúrgico (de clínicas especializadas), dos Pabellones de Tisiología (femenino y masculino), la Pupílera y el Dispensario de Higiene Mental, situado fuera del área física de la Colonia, en la entonces Avenida Taquara.

Mantenia como método básico la praxiterapia, empleando también la convulsoterapia (eléctrica y química), el choque insulínico, la electronarcosis y la psicocirugía. Las actividades del trabajo terapéutico eran, principalmente: la agricultura (de cereales y hortalizas), la actividad pecuaria y la de pequeñas industrias, destacando entre ellas la de utensilios de mimbre y la fabricación de colchones, con aproximadamente 1600 enfermos asignados como “en trabajo” (16). Según el propio director de la Colonia en la época, Heitor Peres, las actividades realizadas podrían incluir: “...los deportes, los ejercicios colectivos,

las recreaciones modernas como la radio y el cine, la música desarrollada que se hace en el marco de la terapéutica ocupacional, la musicoterapia o meloterapia, el teatro; y presentan aún grandes posibilidades humanizadoras de la lectura bien dirigida y dosificada, la biblioterapia, etc.” (36).

De esta forma, paralelamente al trabajo, la praxiterapia se realizaba entonces a través de tareas orientadas hacia el cine, los deportes, la radio (contando con una red emisora en toda la Colonia) y las artes aplicadas, incluyendo la pintura y la exposición, en 1950, de los trabajos de pacientes resultantes de esa actividad. En 1951 el *Boletín de la Colonia Juliano Moreira* noticiaba la “Instalación definitiva del sistema de amplificación sonora y altavoces de la CJM”, afirmando que la radio servía como medio de fijación temporal y espacial de los pacientes, no permitiendo que perdiesen la noción del ambiente de su tiempo. Inicialmente previsto para funcionar solamente en uno de los pabellones, el servicio de radio se extendió por toda el área de la institución, siendo considerado un beneficio tanto para los enfermos, como para los trabajadores y sus familias.

Como hemos dicho, además del colectivo de los pacientes, vivía en la Colonia un número considerable de empleados, cuyas familias contribuían a la normalización de la convivencia con los enfermos, brindando al ambiente la vida de una verdadera ciudad. La propia institución cumplía un papel primordial en ese desarrollo. Las peticiones de construcción de nuevas casas para el tratamiento heterofamiliar, la mejora del callejero interno de la Colonia y del transporte para acceder a él, que se pueden ver en el informe del Servicio Nacional de Enfermedades Mentales de 1945, reflejan los anhelos de una comunidad en desarrollo.

A eso se suma la creación, por la Colonia, de “órganos auxiliares”, destinados a la asistencia de la población “normal”: la Escuela Primaria Municipal y el Centro de Puericultura “Maria Solange Pinto”, dirigidos a los hijos de los empleados; la Cooperativa de Consumo; el Curso de Educación de Adultos y el Club Atlético de la CJM. Desde 1946, la institución mantuvo también *La Pequeña Acción Social*, organización no gubernamental subvencionada por el ayuntamiento del Distrito Federal y reconocida como asociación de utilidad pública. La nueva entidad estaba compuesta en su mayoría por mujeres, muchas de ellas cónyuges de los médicos y psiquiatras de la institución, reforzando la importancia y la puesta en valor de las relaciones familiares, dentro del ambiente de sociabilidad que distinguía la historia de la Colonia: las familias de los empleados de la asistencia heterofamiliar, y las de los propios médicos, buscaban participar en la reinserción social del enfermo y en la asistencia a los trabajadores y sus parientes (17). La vida de la institución expresaba, de esta forma, no sólo una política asistencial psiquiátrica, sino también la generación de toda una red de relaciones sociales, en torno a la familia y la Iglesia.

En cuanto a la familia, cabe destacar todavía las acciones dirigidas a los hijos de los empleados de la institución, como el Parque Infantil, inaugurado el 23 de diciembre de 1954. De acuerdo con lo que se relata en el *Boletín de la Colonia Juliano Moreira*, el Parque Infantil estaba ubi-



cado junto al Puesto de Puericultura, y consistía en una plaza con elementos lúdicos de juego varios (balancines, columpios, toboganes, etc); la diversión en aquel espacio estaba supervisada por una empleada “designada para tal fin, pues los objetivos del mismo eran recreativos-educacionales, dentro de las modernas técnicas de los *play-grounds*” (17).

La Iglesia, a su vez, participaba de los espacios colectivos por medio de la celebración de ceremonias religiosas, según se recogía en el *Boletín de la Colonia Juliano Moreira* de 1954, por el nuevo capellán: la novena de la Inmaculada Concepción, las primeras comuniones de los alumnos de la Escuela “Juliano Moreira”, así como las de algunos “huéspedes”, las fiestas de Navidad y Año Nuevo, la celebración puntual de misas en el Bloque Médico-Quirúrgico y en los pabellones de fisiología masculino y femenino de uno de los núcleos, y, más regularmente, los domingos en la Iglesia Nuestra Señora de los Remedios.

La distinta asistencia psiquiátrica ofrecida en la Colonia Juliano Moreira durante el período en cuestión corrobora los análisis hechos sobre la práctica de internamiento en los asilos y manicomios (28), el abandono y la despersonalización a que estaban sometidos los internos, y la consecuente pérdida de los vínculos sociales (24). En el caso de la CJM, sin embargo, la percepción que tenemos respecto de ese proceso de internamiento y aislamiento de los pacientes, es que se produjo al mismo paso que otros movimientos que contribuyeron a la consolidación de la mencionada institución.

El primer movimiento fue el de configuración de una política asistencial psiquiátrica empeñada en la planificación y la implantación de directrices organizativas modernizadoras por parte del propio Estado. Tal política tenía como objetivo impedir la afluencia de pacientes hacia los grandes centros urbanos del sudeste del país, en particular los del Distrito Federal que, históricamente y por mucho tiempo, habían acogido los alienados. En cuanto

a las acciones terapéuticas a ser implantadas en las nuevas instituciones y en sus ampliaciones, como la Colonia, encontramos menciones a las más modernas técnicas de tratamiento: desde las estrictamente “científicas”, guiadas por estudios y análisis de casos clínicos (como los diferentes tipos de tratamiento por choque) y enraizadas en una visión orgánica del paciente; hasta las terapéuticas de carácter más socializador, como la praxiterapia, en conexión en aquellos momentos con el cine o la radio (sistema de altavoces), entre otras.

En ese sentido, al mismo tiempo que la implantación de las nuevas políticas asistenciales psiquiátricas en la Colonia representó, de hecho, un aislamiento, hemos de decir que también contribuyó al desarrollo de una vida de carácter social, en la que se veían envueltos al mismo tiempo pacientes, moradores, empleados y familias. Este segundo movimiento fue provocado por los tratamientos más socializadores que, independientemente de su éxito, acabaron por propiciar un ambiente distinto, en vez del generado por la curación de los enfermos y el trabajo de los profesionales, ya que se convertía también en locus de vivienda de los empleados, con distintos equipos sociales suministrados y mantenidos por la propia institución psiquiátrica. La Colonia Juliano Moreira ejerció, de esta forma, una función social que iba más allá del tratamiento y de la exclusión social a que se veían condenados los pacientes a consecuencia del ingreso prolongado y del aislamiento respecto de los centros urbanos, pasando a reproducir, paradójicamente, un núcleo urbano, que tenía como grupo objeto de atención de tal proeza las personas consideradas normales y sanas.

**Agradecimientos:** al Programa de becas de Iniciación Científica del CNPQ/Fiocruz, por la beca concedida a Janis Alessandra Pereira Cassilia en el período de agosto de 2007 a enero de 2009 ■

## Referencias bibliográficas

- Almeida AG de. Colônia Juliano Moreira: Sua origem e um pouco de sua trajetória histórica (1890-1946). *Revista Brasileira de Saúde Mental* 1967; XI (No único).
- Amarante P. Psiquiatria Social e Colônia de Alienados no Brasil (1830-1920). Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1982.
- Arruda E. Resumo Histórico da Psiquiatria Brasileira. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, 1995.
- Aviso Ministerial Nº 367, 16 de julho de 1942. Diário Oficial (Secção I), Segunda-Feira, 20 de Julho de 1942. Ano LXXXI, nº 167, P. 11.396. Biblioteca do Ministério da Fazenda, Rio de Janeiro. Apud SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS. Relatório do Serviço Nacional de Doenças Mentais de 1945. En: Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1949.
- Brasil. Nº 9.743 de 31 de agosto de 1912.
- Brasil. Artigo 17º. Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937.
- Brasil. Decreto Nº 66.623 de 22 de maio de 1970.
- Brasil. Decreto Nº 8.550 de 03 de janeiro de 1946.
- Brasil. Decreto-lei Nº 3.171 de 2 de abril de 1941.
- Caldas JA Rodrigues. Proposta orçamentária para 1926. Colônia de Alienados em Jacarepaguá, 12 de fevereiro de 1926. *Cadernos do NUPSO* 1988; 1 (2).
- Caldas JA Rodrigues. Relatório de 1924. Colônia de Alienados em Jacarepaguá, 30 de março de 1924. *Cadernos do NUPSO* 1988; 1 (1).
- Carrara S. Crime e Loucura. O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro, Editora UERJ, 1998.
- Centro de pesquisa e documentação histórica contemporânea da Fundação Getúlio Vargas. Plano Hospitalar Psiquiátrico. En: Arquivo Gustavo Capanema: Rio de Janeiro. s/d.
- Centro de pesquisa e documentação histórica contemporânea da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC/FGV). Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais. 9 p. En: Arquivo Gustavo Capanema, série Ministério da Educação e Saúde – Saúde e Serviço Social, GCh 34.08.03 III-1. CPDOC/FGV: Rio de Janeiro, 1941.
- Colônia Juliano Moreira. Memorial enviado pelo Diretor da C.J.M. ao Juiz das Execuções Criminais. *Boletim da Colônia Juliano Moreira* 1948; 3 (2): 12-17.
- Colônia Juliano Moreira. Algo sobre a Colônia Juliano Moreira - informe publicitário. En: CJM. Boletim da Colônia Juliano Moreira. Biblioteca Nacional, Seção de Periódicos, Rio de Janeiro., Vol. V, Nº 1, março de 1951. Documento avulso encontrado no periódico consultado na Biblioteca Nacional.
- Colônia Juliano Moreira. *Boletim da Colônia Juliano Moreira* 1954; 9.
- Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4. ed. Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- Cunha MCP. O Espelho do Mundo – Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro, Paz & Terra, 1986.
- Engel MG. Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2001.
- Fonseca Cristina M. Oliveira. Saúde no Governo Vargas (1930-1945). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2007.
- Fonseca C, Hochman G, Trindade NL. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. En: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM (eds.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 27-58.
- Foucault M. História da Loucura na idade clássica. São Paulo, Perspectiva, 1978.
- Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- Lopes L. A Psiquiatria e o Velho Hospício. Quatro Séculos de Cultura. Rio de Janeiro, Universidade do Brasil, 1966. p. 333-346.
- Lougon M. Os caminhos da mudança: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública. (dissertação de mestrado). Museu Nacional/UFRJ, 1987.
- Ministério da Saúde / DNS / SNDM. Relatório do Serviço Nacional de Doenças Mentais de 1941. En: Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1943.
- Ministério da Saúde / DNS / SNDM. Relatório do Serviço Nacional de Doenças Mentais de 1945. En: Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1949.
- Ministério da Saúde / DNS / SNDM. Situação anterior. Relatório do Hospital Pedro II de 1945. En: Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1949.
- Ministério da Saúde / DNS / SNDM. Noticiário. Realizações do Serviço Nacional de Doenças Mentais. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais* 1955; 4 (4): 287-288.
- Moreira J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. [1905]. En: Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria - ed. Especial - 50 anos, p. 65-101, 1955.
- Moreira J. Quaes os melhores meios de assistência aos alienados. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* 1910; 5-6 (3-4).
- Oda AMGR. A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. En: *Psychiatry On-line Brazil*. 2001. [Acceso: 14/06/2004]. Disponible en: <http://www.pol-br.med.br/arquivo/wal1201.htm>
- Ofício n. 00322 de 24 de maio de 1944. apud Ministério da Saúde / DNS / SNDM. Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1949.
- Pacheco e Silva AC. Assistência a Psicopatas no Brasil. En: Ribeiro L (ed.). *Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1940. p. 209-216.
- Péres H. Praxiterapia Integral. *Boletim da Colônia Juliano Moreira* 1949; 3 (8-9): 6.
- Piccinini WJ. História da Psiquiatria. Afrânio Peixoto (1876-1947). *Psychiatry On-line Brazil* 2002; 7 (8).
- Portocarrero V. Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.
- Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica En: Tundis S de A, Costa N do R (eds.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1987.
- Sampaio JJC. Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis (dissertação de mestrado). Instituto de Medicina Social, 1988.
- Uchoa DM. Organização da Psiquiatria no Brasil. São Paulo, Sarvier, 1981.
- Wadi YM. Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2002.

# Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)

**Cristina Sacristán**

*Doctorado en Antropología Social y Cultural  
Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México.  
E-mail: csacristan@mora.edu.mx*

## Introducción

En 1910, el presidente de México dio inicio a los festejos conmemorativos del Centenario de la Independencia con la inauguración de un manicomio monumental que comprendía 25 edificios con capacidad para 1.300 pacientes y la posibilidad de extenderse a 2.000 (27). El cronista oficial y la prensa de la capital se desbordaron en elogios hacia su magnífica arquitectura, pero no fueron menos comedidos al valorar lo que representaba desde el punto de vista médico: el Manicomio General colocaba “a México, en materia de alienismo, a la altura de los países más avanzados” (7), tal y como lo exigían “los últimos adelantos de la ciencia” (12).

Tales expresiones, dichas al calor de un fastuoso evento al que acudieron más de dos mil selectos invitados, formaron parte de una estrategia del régimen que buscó posicionar a México ante el concierto internacional como una nación moderna y civilizada y, con ello, exhibir los progresos logrados por el presidente Porfirio Díaz, pero también hacían honor a los veinticinco años de reflexiones que estaban detrás (24). Durante todo ese tiempo, alienistas mexicanos influyentes debatieron sobre el modelo terapéutico más adecuado para México: un gran manicomio que acogiera pacientes de ambos sexos divididos en pabellones por enfermedades y condición social, que per-

---

## Resumen

Se analiza una campaña realizada por el Estado mexicano, entre la opinión pública y el gremio médico, para difundir una reforma asistencial que culminó con la apertura de trece Granjas para enfermos mentales y la abolición ideológica del modelo manicomial en la década de los sesenta del siglo XX. Para ello, reconocidos psiquiatras que ocupaban cargos públicos construyeron una leyenda negra sobre el manicomio más emblemático del país señalando, como la causa principal de su fracaso, la coerción a la que eran sometidos los pacientes. Al hacerlo, asimilaron el manicomio a una cárcel y el loco a una amenaza social, pues redujeron la función de esta institución a la de contención y negaron las muchas experiencias que cabían en ella: lugar de reclusión y refugio, espacio terapéutico y de producción del saber. Aunque la psiquiatría mexicana se profesionalizó en el espacio del manicomio, el Estado quiso borrar la memoria sobre ese pasado para sugerir la instauración de una nueva era en salud mental, donde el paciente ya no estaría sujeto a ningún tipo de restricción que coartara su libertad. Superar el modelo manicomial suponía crear alternativas de “puertas abiertas”, pero se optó por desvirtuar el pasado para encumbrar el futuro.

**Palabras clave:** Granjas para enfermos mentales - Manicomios - Estado - México.

A STATE WITHOUT MEMORY. THE IDEOLOGICAL ABOLITION OF THE INSANE ASYLUM IN MEXICO (1945-1968).

## Abstract

The present article analyzes a campaign by the Mexican government, among the public and the medical profession, to disseminate a health care reform that culminated with the opening of thirteen Farms for the mentally ill and the ideological abolition of the insane asylum in the sixties of the twentieth century. To do this, renowned psychiatrists who held public positions built a black legend over the most emblematic insane asylum of the country, pointing out as the main cause of failure the constraint to which patients were subjected. In doing so, they resembled the mental hospital to a prison and the insane to a social threat, because they reduced that institution's function and denied the many experiences that would fit in it: a place of confinement and refuge, a therapeutic and knowledge production space. Even though Mexican psychiatry was professionalized in the space of the asylum, the State wanted to erase the memory of that past to suggest the establishment of a new era in mental health, where the patients would no longer be subject to any restrictions which could curtail their freedom. Overcoming the asylum model meant creating “open door” therapeutic alternatives, but the decision was to distort the past to exalt the future.

**Key words:** Farms for the mentally ill - Insane Asylums - State - Mexico.

mitiera mantener aislado al enfermo, pero con amplios terrenos para evitarle la sensación de encierro, donde se dispusiera de agua abundante, luz y vientos que garantizaran la higiene, y se estableciera el trabajo terapéutico mediante las faenas del campo para los hombres y las labores domésticas para las mujeres, se encontrara bajo la dirección de un médico y diera cabida a la investigación y la enseñanza de la psiquiatría (14). Improvisado no era.

Medio siglo después se podía leer en las revistas especializadas, en los periódicos de circulación nacional y hasta apreciar en la filmografía de la época, que La Castañeda, como popularmente se conocía al manicomio, se había convertido en un depósito de enfermos: “se ve en la necesidad de almacenar, más que de asistir a cuanto enfermo llega” (28); “sin reformas en su planta física ni recurso para su asistencia médica”, aloja a “niños, mujeres y hombres vegetando en un mundo irracional” (17). A estas afirmaciones, que exhibían su condición asilar, se añadieron otras que cuestionaban sus fundamentos científicos: “se puso en servicio en el año de 1910 fundado bajo el antiguo prejuicio contra los enfermos mentales. Más que un sanatorio, era un reclusorio donde se aislaba al enfermo para proteger a la sociedad”. Según estos mismos testimonios, en ese tiempo al loco no se le consideraba “un ser susceptible de curación, sino un peligro social. Bajo aquel sistema, podría ponerse a las puertas del vetusto edificio la sentencia de Dante a las puertas del infierno: <perdan toda esperanza los que entran aquí>” (5).

¿De quiénes procedían estas punzantes expresiones? ¿Acaso de periodistas malintencionados, de pacientes contrariados por internamientos arbitrarios o hasta de familiares quejosos por la atención recibida? No precisamente. Los autores de tan severos juicios eran notables psiquiatras que ocupaban cargos públicos desde donde dirigían la psiquiatría mexicana y, particularmente, un ambicioso programa de reforma asistencial basado en la creación de Hospitales-Granjas. Algunos de estos médicos habían alcanzado en La Castañeda nombramientos de la más alta jerarquía.

¿Cómo pudo operarse un cambio de esta naturaleza? ¿Por qué quienes debían velar por la buena marcha de esta institución pública contribuyeron en forma decidida a su desprestigio? La Castañeda padeció las dos lacras que enfrentaron muchos otros grandes manicomios, la masificación y la cronificación de los enfermos (3, 20). Pero ¿por qué justamente psiquiatras que desempeñaban posiciones públicas orquestaron una campaña en estos términos? ¿No bastaban las ácidas denuncias que de tanto en tanto salían a relucir en la prensa?

Este artículo analiza los contenidos de los que se valió el Estado mexicano para difundir, entre la opinión pública y el gremio médico, un programa de alcance nacional destinado a poner fin al modelo manicomial. Para ello, sus autores erigieron una leyenda negra sobre la institución que pretendían clausurar señalando, como la causa principal de su fracaso, la coerción a la que eran sometidos los pacientes. Al hacerlo, asimilaron el manicomio a una cárcel y el loco a una amenaza social, pues redujeron la función de éste a la de contención social y negaron las muchas experiencias que cabían en él: lugar de reclusión

y refugio, espacio terapéutico y de producción del saber (23). Al mismo tiempo, celebraron en forma desmesurada la principal característica que habrían de tener las nuevas instalaciones, la de no sujetar al paciente a ningún tipo de restricción que coartara su libertad, aunque en los hechos permanecía encerrado, igual que en los manicomios.

## La reforma

Entre 1945 y 1968 el Estado mexicano instrumentó una reforma asistencial que culminó en la apertura de trece Granjas para enfermos mentales repartidas a lo largo y ancho del país en dos etapas claramente diferenciadas (26, 30). La primera, que tuvo lugar entre 1945 y 1958, logró concretar la inauguración de tres Granjas inspiradas en el tratamiento ocupacional del psiquiatra alemán Hermann Simon, cuya obra había ejercido notable influencia desde la década de los treinta por el valor concedido a la ergoterapia como un mecanismo para sacar del letargo a cientos de pacientes que consumían sus vidas en total estado de ociosidad en los manicomios. Además, la terapia ocupacional centrada en el trabajo, permitía recuperar habilidades perdidas como la concentración, la coordinación o la capacidad para seguir órdenes. También buscaba acercar la vida en el manicomio a la vida en el exterior haciendo sentir a los enfermos que podían ser útiles si eran capaces de desempeñar una actividad productiva, con lo cual dejaban de ser una carga para la sociedad (18).

Estas Granjas eran explotaciones rurales, relativamente autofinanciables, gracias a los ingresos obtenidos por el trabajo de enfermos mentales de muy larga estancia que hacían costeable su internamiento (13, 22). Se situaron lejos de las zonas urbanas, en antiguas haciendas, junto a pequeños poblados, o en superficies limítrofes entre las zonas urbanas y las rurales por la extensión de terreno que requerían para las labores agrícolas, ganaderas y manufactureras (26), y pretendieron absorber los pacientes crónicos que saturaban La Castañeda, a fin de transformar el manicomio en un auténtico hospital psiquiátrico (8, 21).

Para 1945, La Castañeda resguardaba 3.400 pacientes que, además de debilitar la imagen de la psiquiatría como ciencia, hacían inmanejable dicha institución. Al quedarse únicamente con los agudos, la medicina podría concentrar todos sus esfuerzos en tratar a los enfermos con mayores posibilidades de recuperación (20). Sin embargo, esta primera etapa no rindió los frutos esperados por muchas razones. La más elocuente, el hecho de que después de inaugurada la primera Granja, transcurrieron trece años para que se abrieran dos más y ahí se detuvo el proceso (6).

La segunda etapa recibió un mayor impulso. Entre 1961 y 1968 se fundaron diez Granjas, pero esta vez con el propósito de poner fin al modelo manicomial, que ya se consideraba totalmente caduco. En esa década, México se sumó al consenso internacional existente sobre la necesidad de dar un viraje en las políticas de salud mental, ante el vencimiento de que los enfermos mentales ya no debían ser confinados en instituciones que los aislaran de la sociedad, pues ello dificultaba su reinserción posterior (15).

A partir de 1965 los pacientes que aún quedaban en La Castañeda fueron trasladados a las nuevas instalaciones y el

manicomio acabó siendo clausurado y demolido. Para ese entonces, el número de internos había disminuido a 2.800, acaso por la apertura de las otras Granjas o como parte de un fenómeno que también se dio en manicomios de otros países, ya que en determinado momento la curva de crecimiento comenzó a frenarse (2).

Como haya sido, esta segunda generación de Hospitales campestres, como también se les llamó, estuvo presidida, ya no por el trabajo manual como eje rector del tratamiento, aunque éste siguió vigente, sino por la idea de libertad en oposición al confinamiento. Ciertamente, la creencia de que el fracaso terapéutico del manicomio se debía al aislamiento del paciente propició a nivel internacional una serie de alternativas que debían instituir un régimen de mayor libertad para favorecer la pronta reintegración del enfermo a su medio social.

Lo llamativo del caso fue la estrategia seguida por el Estado mexicano para dar a conocer las nuevas instalaciones entre la opinión pública. La publicidad que las acompañaba no se limitó a destacar sus bondades terapéuticas, a alentar un modelo asistencial sobre otro, sino que atropelló cincuenta años de historia durante los cuales la psiquiatría mexicana se profesionalizó precisamente, desde la plataforma del manicomio.

## La difusión de la reforma

En 1962, Manuel Velasco Suárez, titular de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación e ideólogo del proyecto de las Granjas en su segunda etapa, publicó un artículo en la revista oficial *Salud Pública de México*, donde señalaba que el Manicomio General “prácticamente no ha evolucionado [...] tenemos que reconocer que, en 50 años, México no ha hecho ningún esfuerzo valioso sino hasta ahora para la mejor asistencia de los enfermos nerviosos y mentales” (28). No contento con esta afirmación, a los dos años sostuvo que las recién inauguradas Granjas estaban sustituyendo a “los sistemas manicomiales casi carcelarios, de sujeción del paciente por modernos establecimientos de puertas abiertas” (29). El director de una de ellas también compartía estas ideas. Para él, “en tiempos pasados los hospitales mentales funcionaban como simples centros de aislamiento, justificando su existencia el principio de dar protección a la sociedad contra los enfermos y liberarla de su presencia. No importaba el escaso o nulo interés terapéutico que en ellos existía”; simplemente “inspiraban temor y sugerían hechos y acciones enigmáticos, misterios propios de la magia sin relación con la ciencia”. Se trataba de “un asilo hermético y cerrado, con actividades terapéuticas casi nulas” (26).

La noción del loco y de los pavorosos tratamientos que le eran transmitidos al público en esta cruzada no le iban a la zaga a las afirmaciones anteriores. El Departamento de Educación e Higiene de la Secretaría de Salubridad, encargado de diseñar los programas que requerían las campañas de salud mediante exposiciones, festivales, conferencias, guiones radiofónicos, folletos, carteles y hasta teatro guiñol, utilizó también la pantalla grande para estos fines. Películas, cortometrajes y documentales se exhibieron en forma gratuita hasta que la televisión, después de la década de

los sesenta, ocupó el lugar preponderante sobre los demás medios (10).

Francisco del Villar, uno de los documentalistas más reconocidos de la época, realizó un documental denominado *Puertas cerradas*, en alusión a la institución manicomial, el cual fue grabado en La Castañeda y en una de la Granjas inaugurada en 1961 donde, a partir de un discurso muy tremendista, el manicomio era asimilado a “un infierno” y la locura al “drama más angustioso que padece el hombre”. Haciendo un recorrido histórico, las imágenes fílmicas se acompañaban de una voz donde se podía escuchar que para combatir este padecimiento se habían utilizado a lo largo de los siglos “grilletes en las piernas, camisas de fuerza, cocimiento de hierbas y animales venenosos, duchazos de agua helada, sangrías, azotes, hambre, humillación y desprecio”, pues desde tiempos inmemoriales el enfermo mental había sido considerado “un ser maldito”, “poseído”, que era rechazado “con asco, con miedo” o “con lástima”, siendo escondido “detrás de fuertes rejas, de muros altos, macizos”, ya que el trato hacia su persona había estado presidido por “la negación y la ignorancia”. El documental concluía señalando que con los nuevos Hospitales Granjas ya no habría “más puertas cerradas, ni candados, ni cadenas, ni guardias, ni celdas, ni azotes, ni baños de agua helada” (16), es decir, ningún tipo de coerción.

Aunque sabemos que los pacientes ingresados en grandes instituciones evolucionan mal, las imágenes presentaban únicamente una cara de la moneda: la del paciente crónico que sólo salía del manicomio en un ataúd, la del enfermo agitado que era contenido con la camisa de fuerza, la del hombre que tras perder la noción de sí mismo, vivía con la mirada perdida en el horizonte. Pero además, se asociaba la locura con un mundo oculto, incomprensible, dominado por la magia y la superstición, cuando no por fuerzas ocultas imposibles de dominar. Lo más sorprendente era que este discurso estigmatizador del enfermo mental y de la enfermedad fue creado por la psiquiatría oficial; no resultó obra ni de la religión, ni de un movimiento radical en pro de los derechos humanos, sino de quienes tenían la responsabilidad de velar por la salud mental en la institución más emblemática de la psiquiatría mexicana.

Un documental como éste borró cincuenta años de historia, los que en ese momento tenía el Manicomio de La Castañeda, una institución que contribuyó poderosamente a la profesionalización de la psiquiatría mexicana. En ella se impartieron las cátedras de psiquiatría antes de que se abriera la especialidad en la universidad, así como los primeros cursos de enfermería psiquiátrica; bajo su techo se fraguó también la primera revista mexicana especializada en psiquiatría y la primera sociedad que aglutinó a neurólogos y psiquiatras, que aún subsiste (1). Como en otros manicomios del mundo, se ensayaron los más diversos tipos de tratamientos, pues aunque con frecuencia se sostiene que los manicomios fueron espacios poco medicalizados, superado el periodo fundacional en el que dominó la terapéutica moral, “el asilo propició durante decenios algunas de las elaboraciones teóricas más decididamente medicalistas de toda la historia de la disciplina” (15). En su seno floreció el Pabellón Infantil, la Escuela para Niños Anormales y el Hospital Federal de Toxicómanos (19, 25), así como un

importante campo de investigación en el terreno de las neurociencias (4).

Incapaces de situar históricamente el modelo manicomial, reconocidos psiquiatras que ocupaban cargos públicos desvirtuaron la historia y, con ello, la memoria sobre el pasado. Crearon una leyenda negra acerca de una institución que el propio Estado abandonó para sugerir la instauración de una nueva era en salud mental, donde el paciente ya no estaría sujeto a ningún tipo de restricción que coartara su libertad, aunque sabemos que esto no fue así (11).

Este discurso sobre las Granjas transmitía un contenido liberador, muy al estilo del mítico acto de Pinel liberando a los locos de las cadenas, pero ahora del manicomio. Un testigo de aquellos hechos recordó años después la manera en que se destruyó ese legado hasta lograr la desaparición física de La Castañeda con su demolición: “se empezó a hacer una propaganda desmedida de lo mal que estaba La Castañeda, todo lo que decían era cierto, pero la forma de presentarlo era para dar al público la impresión de que aquello era un

antro abominable y había que acabar con él” (6).

Sabemos que el manicomio enfrentó la contradicción de ser un espacio que partía del aislamiento como el elemento necesario para separar al loco de las condiciones de vida que provocaron su enfermedad, pero al mismo tiempo debía ser capaz de crear aquellas que le permitieran al enfermo volver a la sociedad (9). Por eso, superar el modelo manicomial suponía crear alternativas de “puertas abiertas” como las que se estaban ensayando en otros países en esos años, pero en México quienes tuvieron en sus manos el diseño de las políticas en salud mental optaron por desvirtuar el pasado para encumbrar el futuro, una mala elección si se piensa que también del pasado se aprende.

**Agradecimientos:** Mucho agradezco al Dr. Andrés Ríos Molina haberme dado a conocer y proporcionado el material filmico utilizado como fuente en la realización de este artículo ■

## Referencias bibliográficas

- Buentello E. Orígenes y estado actual del Manicomio de la Castañeda. *Asistencia* 1936; 3.
- Calderón Narváez G. Testimonio de trabajo en la operación Castañeda. *Psiquis* 1995; 4 (3): 40-48.
- Campos Marín R. De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría* 2001; 1 (1): 37-64.
- Díaz JL. El legado de Cajal en México. *Revista de Neurología* 2009, 48 (4): 209-214.
- El Plan Castañeda, 1967. Dirección: Ernesto Camilli C.
- Entrevista al Dr. Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez el 4 de octubre de 1977. México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982.
- García G. Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la Independencia de México. México, Talleres del Museo Nacional, 1911. p. 110.
- Garza García F. La terapia ocupacional para enfermos mentales en México. *Revista mexicana de psiquiatría, neurología y medicina legal* 1946; 74 (13): 14-27.
- Gauchet M, Swain G. La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique. Paris, Gallimard, 1980. p. 188-200.
- Gudiño Cejudo MR. Educación higiénica y propaganda. Múltiples formas. En: Pérez Montfort R. editor. Cien años de salud pública en México. Historia en imágenes. España: Secretaría de Salud, Sanofi Pasteur, Sanofi Aventis, CIESAS; 2010. p. 177-195.
- Hernández Lara OG. La metamorfosis de la política de salud mental en México. México, Instituto Mora, Tesis de Maestría en Sociología Política, 2008.
- Hoy fue inaugurado el Manicomio General de la Castañeda. *El Tiempo. Diario Católico*, 1 de septiembre de 1910.
- Lantéri-Laura G. La chronicité dans la psychiatrie française moderne. *Annales* 1972; 27 (3): 548-568.
- Morales Ramírez FJ. La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Licenciatura en Historia, 2008.
- Novella E. Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría* 2008; 8: 9-31.
- Puertas Cerradas*, Dirección Francisco del Villar, s/f.
- Puso en servicio Díaz Ordaz el gran Hospital Psiquiátrico. *Excelsior* 1967, LI (18337).
- Ramírez Moreno S. La terapéutica por medio del trabajo y los deportes en los enfermos mentales. En: Memoria del III Congreso de la Asociación Médica Panamericana verificado en la ciudad de México del 26 al 31 de julio de 1931, bajo los auspicios del Departamento de Salubridad de México. México: Imprenta del Departamento de Salubridad Pública; 1933. p. 115-123.
- Ruiz López I, Morales Heinen D. Los primeros años del Manicomio General de la Castañeda (1910-1940). *Archivos de Neurociencias* 1996; 1 (2): 124-129.
- Sacristán C. Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944. *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales* 2001; 51: 91-120.
- Sacristán C. Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría* 2003; 3 (26): 57-65.
- Sacristán C. Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos* 2005; 3 (12): 675-692.
- Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. Cuicuilco. *Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia* 2009; 16 (45): 163-188.
- Sacristán C. Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968. *Revista Espaço Plural* 2010; 22 (11): 11-23.
- Sosenski S, Sosenski G. En defensa de los niños y las mujeres: un acercamiento a la vida de la psiquiatra Mathilde Rodríguez Cabo. *Salud Mental* 2010; 33 (1): 1-10.
- Tejeda Ruiz C. Los hospitales granjas. *Salud Pública de México* 1967; 9 (4): 587-590.
- Valdés Fernández M. La salud mental en el Porfiriato. La construcción de “La Castañeda”. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Licenciatura en Historia, 1995. p. 135-144.
- Velasco Suárez M. Asistencia adecuada y rehabilitación para enfermos nerviosos (neurológicos y mentales). *Salud Pública de México* 1962; 4 (3): 409-410.
- Velasco Suárez M. Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. *Salud Pública de México* 1964; 6 (6): 1187-1189.



*el rescate y la memoria*

## Revista de la APAL

*Con fecha septiembre-abril de 1965/66, hizo su aparición el primer número del órgano científico de la Asociación Psiquiátrica de América latina (APAL); entidad regional de los especialistas en psiquiatría que ha perdurado y alcanzado una notoria actividad hasta nuestros días. Actualmente la APAL está presidida por el Dr. Enrique Camarena Robles, destacado psiquiatra mexicano, a quien acompaña como vice-presidente, el Dr. Alfredo Cía, colega argentino, presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). La vocación multidisciplinaria de la publicación estuvo marcada desde el inicio al precisar en su título: "APAL, revista internacional dedicada a Psiquiatría, Psicoanálisis, Psicología y disciplinas científicas y filosóficas que aportan conocimientos a la Psiquiatría Contemporánea". En esta Sección transcribimos el texto de su primer Editorial escrito por su Director. En él, además de hacer un historia de las reuniones y decisiones que dieron lugar a los primeros pasos organizativos y a los primeros equipos de trabajo de la flamante asociación, se relata el intento de formar un ente panamericano que comprendiera a los psiquiatras de las Américas en su conjunto. Ese proyecto, como es sabido, no prosperó, y la APAL continuó su camino reuniendo a los profesionales desde el Río Grande hasta la Tierra del Fuego.*


### EDITORIAL

*Dr. Guillermo Dávila*

Al aparecer el primer número de la Revista de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (A.P.A.L.) se cierra una larga y penosa etapa que se inició hace más de una década, y al mismo tiempo se abre un nuevo sendero para los colegas de la América Latina.

Creo que es imprescindible señalar los antecedentes y los hechos que dieron lugar al momento que vivimos. En 1950, durante el Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en París, un grupo de preclaros delegados de la América Latina que asistieron a dicho congreso, concibieron la necesidad de estrechar las ligas entre los psiquiatras de Latinoamérica que confrontaban problemas similares tanto por la organización socio-económica y política de sus países, cuanto por la evolución de las ciencias. Fueron particularmente, los esfuerzos de José Ángel Bustamante (Cuba), Carlos Alberto Seguí (Perú), y Raúl González Enríquez (México), los que dieron nacimiento a una

**apal** □ ORGANO DE DIFUSION  
DE LA  
ASOCIACION PSIQUIATRICA  
DE LA AMERICA LATINA



VOLUMEN 1 / NUMERO 1 / SEPTIEMBRE-ABRIL 1965-66  
Dirección: Dr. Guillermo Dávila.  
Redacción: Dr. Juan Ceballos

COMITE AUXILIAR Y CORRESPONSALES:

<i>Argentina</i>	Dr. Carlos Lucero Kelly.
<i>Bolivia</i>	Dr. José María Abarardo. Dr. René Calderón Soria.
<i>Brasil</i>	Dr. Clovis Martins.
<i>Colombia</i>	Dr. Humberto Roselli. Dr. Pablo Pérez Upegui.
<i>Costa Rica</i>	Dr. Gonzalo González Murillo.
<i>Ecuador</i>	Dr. Julio Sánchez Rivadeneyra. Dr. Julio Endara.
<i>El Salvador</i>	Dr. Carlos Pacheco.
<i>Chile</i>	Dr. Carlos Mariani Ramírez.
<i>Nicaragua</i>	Dr. Rafael Gutiérrez.
<i>México</i>	Dr. Jesús Zavala. Dr. Ricardo Arizmendi Piña.
<i>Paraguay</i>	Dr. Agustín Carrizosa.
<i>Perú</i>	Dr. José Sánchez García. Dr. Carlos Alberto Seguí.
<i>Uruguay</i>	Dr. Jorge Galeano Muñoz.
<i>Venezuela</i>	Dr. Abel Sánchez Peñáz.

organización que pretendía reunir a los psiquiatras de Latinoamérica para que pudieran conocerse y discutir sus problemas. Nació así la A.P.A.L., organización que al año siguiente y bajo los esfuerzos de Raúl González Enríquez, designado Presidente de la nueva organización, celebró su Ier. Congreso en la Ciudad de México, con la asistencia de delegados de la mayor parte de los países de Latinoamérica. Empezaba la naciente institución a organizarse cuando la trágica desaparición de su Presidente, acaecida en octubre de 1952, dio lugar a una paralización de los trabajos, lo que en cierto sentido hizo que desapareciera el panorama científico de la A.P.A.L.

Varios años más tarde, gracias a su capacidad de organización y a su cariño a la Psiquiatría, José Angel Bustamante llevó a efecto una reunión en La Habana para discutir un estudio transcultural que pensaba realizar en algunos países de América Latina. Al organizar el Grupo GLADET (Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales), con la idea de iniciar el estudio de la dinámica familiar en Perú, Cuba y México, volvióse a plantear la posibilidad de reorganizar la A.P.A.L., y más tarde con motivo de un congreso de Psiquiatría en La Habana, un grupo resolvió reanimar la A.P.A.L.; para esto se estructuró una Mesa Directiva que tuvo como Presidente al doctor Jesús Mata de Gregorio (Venezuela), Vicepresidente al doctor Antonio Carlos Pacheco e Silva (Brasil), Secretario al doctor José Ángel Bustamante (Cuba), y a los doctores Carlos Alberto Seguín y Gregorio Bermann como vocales (Perú y Argentina) y al suscrito vocal por México. Se organizó y se llevó a cabo el Ier. Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina en Caracas en mayo de 1961, habiéndose designado como sede para el II Congreso, a México. En esa ocasión se formularon los estatutos de la asociación y se resolvió realizar intensa labor en toda América Latina a efecto de que algunos países que aún no habían ingresado a la institución pudieran hacerlo con facilidad. Del 11 al 17 de noviembre de 1962 transcurrió el II Congreso de la A.P.A.L. organizado por el suscrito. De aquí surgió nueva Mesa Directiva quedando como Presidente, doctor Carlos A. Seguín (Perú); Vicepresidente, doctor José A. Bustamante (Cuba); Secretario, Carlos A. Lucero Kelly (Argentina); Tesorero, doctor Abel Sánchez Peláez (Venezuela); Vocales, doctores Guillermo Dávila (México), Gregorio Bermann (Argentina), Antonio C. Pacheco e Silva (Brasil).

Como aspecto más importante de este congreso fue la resolución que se tomó, de organizar una revista científica que sirviera para difundir en toda América Latina, en el Sur de Estados Unidos y en los países de Europa, de habla española, las ideas de los psiquiatras de esta región de América, y que diera formalidad a la institución haciendo que existiera un órgano científico, capaz de establecer un contacto directo entre todos los miembros de la A.P.A.L. Se resolvió igualmente que la revista tuviera su sede en la Ciudad de México y que quedara encargado de su organización, como Director de la misma, el suscrito.

Se resolvió también que el siguiente congreso se llevaría a cabo en Perú lo cual se logró por los esfuerzos y el dinamismo de su Presidente, Carlos Alberto Seguín, en noviembre de 1964. De esta manera se realizó el III Congreso de la A.P.A.L., habiéndose designado nueva mesa Directiva que quedó integrada: Presidente, doctor Guillermo Dávila (México); Vicepresidente, doctor Gregorio Bermann (Argentina); Secretario, doctor Carlos A. Lucero Kelly (Argentina); Tesorero, doctor Humberto Roselli (Colombia); y Vocales, doctores Clovis Martins (Brasil), José A. Bustamante (Cuba), Humberto Rotondo (Perú) y Dionisio Nieto (México). Al integrar esta mesa directiva se resolvió dejar asentado en actas que correspondía la presidencia al doctor José Ángel Bustamante, pero que en virtud de la situación política imperante y las dificultades que esto traería para su labor, se posponía su designación para mejor oportunidad dejando constancia del deseo de los delegados. En dicha reunión se informó también de las pláticas que se estaban llevando a cabo con el doctor Brody, como representante de la Asociación Psiquiátrica Americana, para buscar la manera de coordinar las actividades de las dos instituciones, y se resolvió posponer la revista un año por dificultades técnicas para su impresión.

Actualmente y vencidos todos los problemas de orden económico y técnico para la publicación de una revista de la importancia como la que ahora tenemos al juicio de todos los colegas de América Latina, he creído conveniente señalar las actividades que en el sentido de la coordinación de las principales Asociaciones Psiquiátricas de América se han llevado a cabo.

Se crea el "Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas"

En Noviembre de 1964 durante el III Congreso de la Asociación Psiquiátrica de la América Latina, la mesa directiva de la A.P.A.L., revisó una idea del Dr. Blain presidente de la A.P.A. (Asociación Psiquiátrica Americana) en el sentido de crear una gran agrupación de los psiquiatras del Continente Americano. En esta vez el Dr. Brody expuso el proyecto a nombre del Dr. Blain ya que este presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana se vio impedido de acudir al Perú donde se realizaba precisamente el III Congreso de la A.P.A.L. (Asociación Psiquiátrica de la América Latina).

La respuesta de nuestra agrupación fue de aceptación siempre con una base inviolable: que ese nuevo organismo americano se formara con las asociaciones psiquiátricas ya existentes en América y conservando estas su personalidad y autonomía legislativa.

Siguiendo esta base general rectora se acordó una reunión en México para febrero de 1965 con la meta de desglosar el proyecto del Dr. Blain. En esta ocasión el Dr. Blain acudió a México; conocía bien y respetaba la postura de los psiquiatras latinoamericanos.

El presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana cambió impresiones conmigo como presidente de la A.P.A.L., el Dr. Gregorio Bermann, Vicepresidente, y el Dr. Ramón Parrés, de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría.



De esto resultó un afianzamiento del plan original y una decisión de unir las tres principales asociaciones psiquiátricas de América: La A.P.A., la A.P.A.L., y la Asociación Psiquiátrica Canadiense. Faltaba sólo la forma detallada de llevarse a cabo esa unión, el cómo iba a componerse ese nuevo organismo.

Se fijó para sesenta días después la fecha de creación de ese gran cuerpo psiquiátrico.

En la Ciudad de México los días 16 y 17 de abril de 1965 nos reunimos los representantes de América Latina, Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. La trascendencia del momento se realzaba con la presencia del Dr. D. Ewen Cameron (Canadá) Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mundial. El acontecimiento era de histórica significación porque se trataba de una reunión de presidentes de asociaciones psiquiátricas del Continente Americano.

Con esa categoría estuvimos el Dr. Daniel Blain, presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana, el Dr. John D. Griffith representante de la Asociación Psiquiátrica del Canadá y un servidor como presidente de la A.P.A.L.

Asistieron además el Dr. A. Lucero Kelly de Argentina en su calidad de secretario general de la A.P.A.L., el Dr. Humberto Roselli, (Colombia) tesorero de la A.P.A.L., Dr. Clovis Martins (Brasil) vocal de la A.P.A.L., Dr. Eugene Brody (E.U.) miembro de la A.P.A.L., Dr. Lindberg S. Sata (E.U.) del Panamerican Exchange Training Program in Psychiatry, Dr. René González de la Panamerican Health Organization, el Dr. Abel Sánchez Peláez de Venezuela y el Dr. Ramón Parres de México que fungió como coordinador.

El objetivo básico se alcanzó al declararse formado un cuerpo de asociaciones psiquiátricas al que se acordó denominarlo "Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas".

El Dr. Brody en representación del Dr. Daniel Blain ratificó el criterio que cada asociación integrante conservaría su autonomía y que dicho Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas funcionaría hacia el intercambio y comunicación de sus agrupaciones constituyentes. En cuanto a las metas primordiales de esa nueva organización, propuse las siguientes: a) promover congresos regionales, e internacionales; b) unificar la preparación de psiquiatras utilizando currículos y sistemas de entrenamiento similares; c) estimular el intercambio de maestros y estudiantes de psiquiatría; d) fomentar los estudios transculturales; e) impulsar la investigación patrocinando aquellos trabajos de mayor interés y propiciando su financiamiento.

Los cinco puntos propuestos fueron aprobados. El Dr. René González de la Organización Panamericana de la Salud ofreció su oficina en Washington como una agencia central del nuevo Consejo, e informó que un nuevo directorio continental de psiquiatras, que está elaborando, lo pondría a disposición del Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas.

En cuanto a la formación de una mesa directiva se acordó que constara de nueve miembros: tres por cada una de las tres grandes asociaciones: Canadá, Estados Unidos y Latinoamérica.

El Dr. Blain propuso que el primer presidente del Consejo Interamericano de Psiquiatría fuese designado por la Asociación Psiquiátrica de la América Latina, el

segundo por la Asociación Psiquiátrica Americana y el tercer presidente en turno por la Asociación Psiquiátrica Canadiense. Esta proposición del Dr. Blain fue unánimemente aprobada.

Siguiendo mi sugerencia el funcionamiento interno de la mesa directiva sería de la siguiente manera: de cada asociación se elegiría un miembro que perduraría durante un año, otro por dos años y el último (tercero) por tres años. En esta forma el cambio de miembros se lograría por terceras partes con lo que se obtendría coordinación y continuidad entre los miembros del Consejo.

Tuve la honra que se me confiriera el cargo de coordinador de actividades hasta la instalación formal del Consejo, que se fijó para noviembre de 1965 sin señalar lugar determinado.

Como clausura de la reunión el Dr. Ewen Cameron Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mundial exaltó el beneplácito con el que su asociación veía la creación del Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas. Señaló que este cuerpo psiquiátrico es el primero en el Mundo con sus características y que coincide con los objetivos de la Asociación Psiquiátrica Mundial de propiciar la formación de organismos regionales y en este caso de todo un continente.

Ofreció todo su apoyo y expresó sus mejores votos por el futuro del nuevo Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas.

A partir de este momento se principió a llevar a cabo una serie de preparativos para la primera reunión del naciente Consejo.

Se resolvió efectuarla en Barranquilla por las facilidades de traslado que ofrece para los colegas de Latino América y por las ventajas que aportó la Asociación Psiquiátrica Colombiana.

Hubo una modificación en la composición del Consejo surgida de una sugerencia del Dr. Blain: dado que la A.P.A.L., abarca muchos países el Consejo se integrará con 6 miembros latinoamericanos, 3 de Estados Unidos y 3 del Canadá. Un total de 12 representantes. Así se establecería un equilibrio perfecto.

Se consultó la proposición con la Asociación Psiquiátrica Canadiense y con la directiva de la A.P.A.L., y al recibirse la aceptación de ambas asociaciones se hizo la modificación a que ya nos hemos referido.

En cuanto a nuestra asociación se han hecho encuestas con las diferentes sociedades científicas nacionales llegando a cierta uniformidad de criterio que ha de presentarse en la reunión de Barranquilla para su examen y discusión.

En este climax histórico es como sale a la luz el primer número de la Revista APAL y me place presentar saludos y congratulaciones al Dr. Carlos Alberto Seguí bajo cuya presidencia se iniciaron las actividades para estructurar nuestro órgano de difusión.

Como presidente actual de la A.P.A.L., y director de la Revista envió a los compañeros un mensaje cariñoso con el entusiasmo de una labor que busca que los psiquiatras de la América Latina estrechen lazos fraternales y lancen al mundo científico los estudios que con tanto mérito y tesón llevan a cabo ■