Universidad de Buenos Aires

FACULTAD DE PSICOLOGIA

2010, N° 3 ISSN 1852 2270

Revista de Historia de la Psicología en Argentina

Dimensión Psicológica Implícita en el Relevamiento de Datos Psicológicos Perspectivas Longitudinales (historias clínicas) y Transversales (fichas) en Áreas Profesionales

(UBACyT P046, 2008- 2010)

Editor: Prof. Dra. Lucía, Rossi. Historia de la Psicología, Cátedra II.

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires,

Buenos Aires, Independencia 3065, lrossi@psi.uba.ar

Staff:

Directora: Prof. Dra. Lucía Rossi

Editora: Lic. Magalí Jardón

Autores: Lic. Alberto Amil, Lic. Claudia Castillo, Dra. Rosa Falcone, Lic. Veronica Fernandez, Lic. Florencia Ibarra, Lic. Magali Jardon, Lic. Ursula Kirsch, Lic. Claudio Miceli, Lic. Mariela, Miranda, Lic. Vanesa Navarlaz, Lic. Pablo Rodriguez Sturla, Lic. Gabriela Rojas Breu, Dra. Lucia Rossi.

Índice

Presentación

Sección I. Introducción

HISTORIAS CLÍNICAS Y FICHAS. CRITERIOS PSICOLÓGICOS IMPLICITOS SEGÚN CAMPOS PROFESIONALES Y CONTEXTOS POLÍTICOS. ARGENTINA 1900-1957

Rossi, Lucia; Ibarra, Florencia

TRANSFORMACIONES DISCURSIVAS EN EL DISEÑO DE HISTORIAS CLINICAS-ARGENTINA, 1900-1957.

Rossi, Lucia; Navarlaz, Vanesa

ABORDAJE GENEALÓGICO DE PROTOCOLOS SEGÚN GÉNEROS Y ÁREAS PROFESIONALES. SUJETO IMPLÍCITO.

Rossi, Lucia

PSICOLOGÍA EN ARGENTINA (1900-1957). METODOLOGÍA DE ARCHIVO EN REGISTROS FORMALES DE DOCUMENTACIÓN: HISTORIAS CLÍNICAS, FICHAS E INFORME

Falcone, Rosa

Sección II. Psicología Laboral

RELEVAMIENTO DE FICHAS, PROTOCOLOS Y DOCUMENTOS CON PRÁCTICAS PSICOLÓGICAS UTILIZADOS EN EL ÁREA LABORAL TENDIENTE A LA CONSTRUCCIÓN DE UNA GENEALOGÍA CONCEPTUAL: ARGENTINA 1920-1955.

Ibarra, Florencia

LA FICHA DE SELECCIÓN PSICOTÉCNICA PARA AGENTES DE POLICÍA PROPUESTA POR

LEOPOLDO MATA EN 1934

Ibarra, Florencia

PSICOLOGÍA EN ARGENTINA: CRITERIOS PSICOLÓGICOS EN LOS DISEÑOS DE FICHAS DEL ÁREA LABORAL (1920-1945)

Rossi, Lucía; Ibarra, Florencia; Kirsch, Ursula.

Sección III. Educación, Infancia y Psicología

INICIOS DE LA CLÍNICA INFANTIL. TELMA RECA: CONSULTORIO DE HIGIENE MENTAL INFANTIL. HOSPITAL DE CLÍNICAS.

Rossi, Lucia

Telma Reca

Lucia Rossi

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA INFANTIL EN TELMA RECA

Rodriguez Sturla, Pablo

EL CENTRO DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA INFANTIL DIRIGIDO POR TELMA RECA

Rodríguez Sturla, Pablo

FICHAS E HISTORIAS CLINICAS EN EL CAMPO DE LA INFANCIA EN ARGENTINA

Claudia Castillo

DIAGNÓSTICOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR A PARTIR DE LAS FICHAS ELABORADAS POR CAROLINA TOBAR GARCÍA

Claudia Castillo

ACERCA DE LA CONCEPCIÓN DE NIÑO EN EL ABORDAJE FICHAS (1940- 1944)

Jardón Magali; Fernández Verónica

ANÁLISIS DE UN ESTUDIO CUANTITATIVO SOBRE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN REGISTROS FORMALES DE DOCUMENTACIÓN (1910)

Jardón, Magali; Fernández, Verónica

Sección IV. Criminología

GENEALOGÍAS DISCURSIVAS EN PROTOCOLOS DEL ÁREA CRIMINOLÓGICA. ARGENTINA (1904-1946).

Rossi, Lucia

CRITERIOS PSICOLÓGICOS EN REGISTROS FORMALES DE DOCUMENTACIÓN: LAS HISTORIAS CRIMINOLÓGICAS DE LA PENITENCIARIA NACIONAL

Amil, Alberto; Miceli, Claudio; Rojas Breu, Gabriela.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN PROTOCOLOS CLÍNICO CRIMINOLÓGICOS. DEGENERADO Y LOCO MORAL EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX EN ARGENTINA

Falcone, Rosa

LA CONSTRUCCIÓN DEL CRITERIO CLÍNICO CRIMINOLÓGICO. LA HISTORIA DE CLÍNICA CRIMINOLÓGICA (1932) – PERICIAS MÉDICOLEGALES (1938)

Kirsch, Ursula.

PAUTAS DIAGNÓSTICAS Y CRITERIOS DE TRATAMIENTO EN LOS INFORMES MÉDICO FORENSES (HOSPITAL MELCHOR ROMERO, LA PLATA, 1902)

Falcone, Rosa

Sección V. Clínica

EL TESTIMONIO MENTAL. HISTORIAS CLÍNICAS DE LA COLONIA NACIONAL DE ALIENADOS OPEN DOOR (1905-1920). CRITERIOS PSICOLÓGICOS E INDICIOS DE SUBJETIVIDAD EN REGISTROS FORMALES DE DOCUMENTACIÓN.

Falcone Rosa

LA HIPÓTESIS DE LA DEGENERACIÓN EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES Y LA COLONIA DR. CABRED ENTRE LOS AÑOS 1900 Y 1930.

Navarlaz, Vanesa; Miranda Mariela

ANTECEDENTES CONCEPTUALES A LA NOCIÓN DE PERVERSIÓN UTILIZADOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL ESTEVES (1900-1930)

Navarlaz, Vanesa Eva

LOS DISEÑOS DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS (1900-1930).

Jardon, Magali

LOS DIAGNÓSTICOS Y LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE MUJERES EN LOS HOSPICIOS DE BUENOS AIRES ENTRE 1900-1930

Navarlaz, Vanesa; Jardon, Magali

COMPARACIÓN DE LAS NOSOGRAFÍAS UTILIZADAS ENTRE 1930 Y 1946 PARA LA FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS EN EL HOSPICIO DE LAS MERCEDES DE BUENOS AIRES.

Navarlaz, Vanesa Eva

LOCURA Y CAUSAS MORALES - UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA COLONIA CABRED-

Navarlaz, Vanesa Eva.

COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES UTILIZADOS EN EL HOSPICIO DE LAS MERCEDES ENTRE LOS AÑOS 1930-1957.

Navarlaz, Vanesa Eva

ALGUNAS CONCLUSIONES EN LA INVESTIGACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES- ARGENTINA 1900-1957.

Navarlaz, Vanesa

Sección VI. Tramas e Interrelaciones

DOCUMENTOS FUNDACIONALES DE FICHAS, ESQUELAS, HISTORIAS CLÍNICAS. PSICOLOGÍA EN ARGENTINA 1920-1940

Rossi, Lucía; Ibarra, Florencia

REGISTROS DOCUMENTADOS DE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA Y NOCIONES DE SUBJETIVIDAD IMPLÍCITAS EN ARGENTINA (1900-1957). SU ARTICULACIÓN CON LOS CONTEXTOS POLÍTICOS Y ÁREAS PREPROFESIONALES.

Rossi, Lucía; Ibarra, Florencia

COORDENADAS DE LA SUBJETIVIDAD EN HISTORIA PERSONAL, AFECTIVIDAD, CONDUCTA E INTEGRACIÓN SOCIAL. ARGENTINA (1904-1948): FICHAS Y ESQUELAS, ÁREA EDUCACIONAL Y CRIMINOLÓGICA

Rossi, Lucía

Presentación

Revista de Historia de la Psicología en Argentina se propone compilar artículos científicos ya publicados y/o presentados. En el tercer número de su publicación se reúnen los trabajos pertenecientes al Proyecto de Investigación UBACyT P046 (2008-2010) titulado: Psicología en Argentina (1900-1957): criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación: historias clínicas, fichas, informes, según contextos políticos y áreas profesionales. Directora: Dra. Prof. Lucía Rossi.

RESUMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El relevamiento y análisis de protocolos (fichas, historias clínicas), muestra una variedad de diseños formales que convocan la dimensión psicológica del sujeto, según la intencionalidad del dispositivo institucional que las regula y enmarca, y las exigencias que imponen los cambiantes marcos de las políticas sociales. Esta documentación escrita conforma un *corpus* relevante de ser investigado. Su sistematización según contextos político sociales (democracia de participación política ampliada y restringida) y áreas profesionales (criminológica, clínica, educacional, laboral), permite reconstruir las condiciones de aplicación. El análisis formal del intradiscurso permite reconocer secuencias genealógicas y la comparación interdiscursiva detecta diferenciaciones de género: las "historias clínicas" longitudinales, procesuales, (antecedentes, diagnóstico, pronóstico), prevalecen en instituciones criminológicas – psiquiátricas. Las "fichas", (psicofisiológicas, biotipológicas) descriptivas, horizontales, indican disfunciones educativas o procuran orientación laboral. Ambas articulan la unicidad con la serie, la primera descubre la dimensión psicológica del sujeto concreto en el contenido de "historias vivas"; la segunda abre al abordaje cualitativo y cuantitativo (actores, agentes, destinatarios), permitiendo visualizar el impacto según cantidad de protocolos y vigencia.

Sección I. Introducción

HISTORIAS CLÍNICAS Y FICHAS. CRITERIOS PSICOLÓGICOS IMPLICITOS SEGÚN CAMPOS PROFESIONALES Y CONTEXTOS POLÍTICOS. ARGENTINA 1900-1957[1]

Rossi, Lucia; Ibarra, Florencia

RESUMEN:

Los distintos tipos de Historias Clínicas y de Fichas constituyen documentos escritos que registran el modo en que las prácticas fueron efectivamente llevadas a cabo y los distintos modos en que han sido pensados los criterios psicológicos. Dichas prácticas, a su vez, no son ajenas a las condiciones políticas y sociales que establecen un marco de posibilidad para los requerimientos institucionales (Rossi e Ibarra, 2008). A partir de dicho contexto, el trabajo se propone explicitar las variaciones en el diseño y en el contenido de los protocolos como así también su sistematización de acuerdo a los sesgos profesionales (criminologíco, clínico, educacional y laboral) en periodos de participación política restringida (1900-1916/1930-1945) y ampliada (1916-1930/ 1946-1955) (Germani, 1990).

PALABRAS CLAVE: Historias clínicas; fichas; Psicología; Argentina.

1. *Introducción y cuestiones metodológicas*.

El trabajo presenta un primer relevamiento y puesta en relación de dos géneros de registros formales de documentación -Fichas e Historias Clínicas- los cuales son ubicados de acuerdo a los distintos contextos políticos que enmarcan su aparición y la emergencia de los sesgos preprofesionales que quedan involucrados en cada caso. Los periodos de participación política restringida (1900-1916/1930-1945) y ampliada en Argentina (1916-1930/ 1946-1955) demarcan cambios en las condiciones sociales y políticas que influencian fuertemente la emergencia de ciertos criterios a la vez que el silenciamiento de otros. En este contexto, las variaciones en los diseños formales de los protocolos como el análisis de sus contenidos son las vías de acceso para investigar

[1] (2008) Actas IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, 3 y 4 de octubre de 2008 - Facultad de Medicina – UBA - Ciudad de Buenos Aires.

la forma en que ha sido pensado el sujeto psicológico en el entramado histórico de la profesionalización de la disciplina en nuestro país.

El abordaje del tema desde el análisis crítico de discurso para materiales de Archivo (Narvaja**,** 2006) permite indagar fuentes y documentos a fin de precisar los términos en que se formulan, su estructura, sus objetivos, su procedencia conceptual, su autoría y su pertenencia institucional. Entendemos el discurso como la articulación de un texto y un lugar social que permite su producción (Van Dijk,2003).

Desde la dimensión ***interdiscursiva***, en tanto supone la comparación de conjuntos estructurados de formaciones discursivas, se indagan las articulaciones entre los distintos formatos producidos en un momento determinado y la posición de sujeto que queda delimitada en ellos. Esta dimensión del análisis permite la identificación de distintos géneros que, en el caso de nuestro tema, quedan circunscriptos a los materiales definidos como "fichas" e "historias clínicas". Mientras los primeros apuntan a criterios descriptivos y horizontales del sujeto que queda, desde esa perspectiva, retratado en sus disfuncionalidades (psicofísicas o biotipológicas según el contexto); los segundos otorgan una visión longitudinal, secuencial, procesual de la situación personal (evidenciados en anamnesis, diagnósticos, pronósticos y evolución) que dan mayor lugar al tratamiento de casos singulares.

El análisis del ***intradiscurso*** aplicado a estos documentos, permite identificar aquellos que inician una tradición o definen una matriz generadora de una serie (Narvaja, 2006, p.9-11). Esto último sucede, por ejemplo, al comparar distintas instituciones o, también, la misma institución en diferentes momentos, lo cual abre a la posibilidad de establecer secuencias genealógicas, cuestión que en nuestro recorte particular se evidencia en el decurso que han tenido las Historias Clínicas.

2. Desarrollo.

2.1 Las fichas

Entre **1900 y 1916**, momento enmarcado por la gran inmigración del período conservador, las políticas sociales apuntan a diferenciar lo normal de lo patológico. Lo patológico tendrá un destino de institucionalización que en este momento opera como forma de control social.

En el área educativa, aparecen varios documentos con una misma lógica y finalidad. Por un lado el ***Boletín Psico-físico*** que apunta, como su subtítulo lo indica a un Examen Médico y Psíquico del Pupilo que tiene sede en el Gabinete de Psicología Experimental del Colegio Nacional y del Laboratorio de Psicología Experimental de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires a cargo de Horacio Piñero. En él se consignan desde los antecedentes hereditarios, peso, talla, medida de tórax, circunferencia craneal e impresiones digitales tomadas con el sistema Vucetich, entre otras. El *Examen Psicológico* comprende tres partes: *A) Sentidos (*agudeza visual; audición; sensibilidad táctil -compás de Weber-.; gusto; olfato); B) *Actitudes*, gestos, expresión fisionómica; percepción sensorial; atención; memoria y asociación; lenguaje; C) *Afectividad*; emotividad, temperamento psíquico; carácter y conducta. El Boletín termina con una Adenda en la cual se registran "Informaciones pedagógicas del colegio (primeros datos del maestro de clase o colegio, común o especial, que debe ser agregado al boletín)" (Piñero, 1916).

Por otro lado, en la misma fuente se consigna un ***Examen Psicofísico del Ciego*** que, además de su objetivo examinador propone una clasificación fisio-psíquica que incluye dentro del examen físico una "Ficha oftalmológica". El examen psicológico reproduce los mismos ítems del Boletín.

Por último, dentro de esta misma lógica y compartiendo la misma fuente, encontramos el "***Examen y Clasificación fisio-psiquica de los pupilos de la Colonia "Marcos Paz""*** cuyos objetivos quedan explicitados en su misma nominación. El examen físico y psicológico casi en su mayoría reproducen los ya mencionados y se incluyen ítems tales como: Noción del bien y del mal, instintividad, sentimientos morales o religiosos que aluden específicamente a la población tratada.

En **1616-1930**, periodo de participación ampliada en lo político y de inclusión social de los inmigrantes europeos en la clase media urbana, se registra la "***Esquela biográfica***" (entre 1924 y 1929) incluida en el Programa para los cursos de perfeccionamiento para la Enseñanza de los retardados". Dicha formación constituye un antecedente del Instituto de Psicología Experimental (Rojas Breu, 2005). La esquela propone un examen anamnésico, somático (que relaciona atipias morfológicas con psíquicas), un examen fisio-psicológico (que comprende un estudio de la sensibilidad en general, examen de los sentidos, de la marcha y de la mímica), un examen psicológico propiamente dicho

(detección de niños “anormales” y “retardados pedagógicos”, examen de atención, memoria, imaginación y asociación de ideas), exámen psicológico experimental (test de Binet y Simon de Sanctis) y anomalías del carácter (Rojas Breu, 2005), (Consejo Nacional de Educación, 1924).

Entre **1930 a 1945**, vuelve a presentarse un periodo de participación restringida en lo político que se caracteriza en lo social por la merma de la inmigración en contraposición a las decididas redistribuciones poblacionales internas (migraciones desde lo rural a lo urbano). El rol de contención social se le otorga a la medicina social que la aborda con criterios biotipológicos e higienistas. El hecho de que la noción de higiene social de la década anterior pierda énfasis a favor de la “higiene mental” da cuenta de la subordinación de lo psicológico al discurso médico. En este contexto emerge la “***Ficha Biotipológica Ortogénica***” que fue aplicada en cada una de las especialidades con las que contaba la Escuela Politécnica de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (Asistentes Escolares, Asistentes Hospitalarias, Asistentes Sociales) (Kirsch, 2005: 117-118). Para el objetivo de este trabajo tomaremos la ***“Ficha biotipológica ortogénica de los educandos”*** (Rossi, A, 1944: 545-567) para cuyo diseño el autor toma como referentes las homónimas aplicadas “felizmente” en Italia (por Pende), EEUU; Francia y Alemania y que fundamenta diciendo:

“(...) la biotipología al estudiar la herencia normal y patológica de los individuos, su somatismo y sus características antropométricas, su dinamismo humoral y su psiquismo caracterológico e intelectual, nos lleva a la conclusión de que ya no es posible practicar el desglosamiento de la personalidad física con respecto a la psíquica” (Rossi, A, 1944:546).

De este modo sienta las bases para un registro que comienza necesariamente por estudiar los caracteres que involucran la herencia fisiológica y la patología individual (genotipo y paratipo), lo cual debe complementarse con el registro de los factores condicionales. También recomienda registrar las particularidades raciales y su desarrollo físico desde la gestación, tomando especial nota de las crisis de la pubertad. Consigna el ambiente “doméstico” del educando, la moral del hogar, las condiciones económicas, el grado de cultura de los padres y las costumbres que deberán ser comparadas con los datos aportados por el maestro en relación a la “conducta del escolar en la escuela”. Siguen exámenes odontológicos, radiológicos, neurológicos y

dentro de los denominados psicológicos se mencionan: el estudio de la atención, la ideación (cómo se forman sus ideas, cómo se asocian; la importancia de estos datos reside en que a partir de la velocidad de los procesos ideativos puede utilizarse la clasificación de Pende en taquipsíquica o bradipsíquica), la memoria (y sus distintos tipos: visiva –sic-, auditiva, olfativa, táctil, gustativa, retentiva, evocativa), los sentimientos (estético, éticos), voluntad, instintos, tendencia sexual, autocontrol, adaptación al ambiente. A partir de este minucioso detalle puede clasificarse el tipo de carácter en "tétrico o apático, hiperemotivo, estable o inestable, qué tipo de tendencia afectiva tiene el educando examinado y finalmente cuál sea su cualidad moral dominante" (Rossi, A 2005:553).

Cabe observar que al final del libro se consigna la versión completa de la ficha propuesta llamada "Ficha de normalidad" que consta e un exhaustivo registro de numerosas pruebas contenidas en 13 carillas. También tiene un espacio para la consignación de observaciones no tipificadas, firma de los profesionales intervinientes (Jefe de Sección y Director General) pero no hay ningún espacio destinado para referir el nombre del sujeto.

El período comprendido entre **1946 y 1955** es caracterizado directamente como democracia de participación masiva. A partir de 1948, el Plan quinquenal favorece la aparición de instituciones asistenciales aplicadas a la educación y trabajo. Los institutos originados en los años 20, encuentran ahora un momento propicio para su expansión, contrariamente a lo que sucede con el desmantelamiento de los laboratorios desde 1949 (Rossi, 1997).

En 1948 el Prof Moreno se encarga de la reestructuración de la Dirección de Psicología Educacional en la Provincia de Buenos Aires. De manera novedosa se aplica la psicología al campo educativo realizándose un estudio integral de la personalidad en detrimento de las técnicas más tradicionales como las tipologías biológicas y las pruebas psicométricas (Rossi, 2005). En palabras de Moreno:

"Así, desde fines del 40 y sobre todos a partir de la década siguiente, se popularizó a través de los diarios y revistas de divulgación test muy diversos para verificar todo tipo de personalidad o de carácter, así como de las aptitudes o posibilidades más diferentes" (Moreno, 1997:120).

En el documento de creación de la Dirección quedan explicitados sus objetivos: "El

Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires desea impartir a los escolares de su jurisdicción una formación integral que contemple al niño como una persona (...) Para lograr esta formación inspirada en un pensamiento humanista y cristiano, es necesario atender no solo a la ilustración intelectual, sino también a la formación moral y a la orientación que se ha de dar a la naciente personalidad" (1950).

A grandes rasgos puede señalarse que en periodos de democracia restringida los registros recortan los aspectos fisiológicos y psicológicos del sujeto en busca de sus disfuncionalidades o desviaciones de la norma. Así, en las fichas propuestas por Piñero, lo psicológico queda definido a partir de las ***funciones*** psíquicas como atención, memoria, sensorialidad susceptibles de ser evaluadas en el laboratorio y su eventual ***dis-funcionalidad***. En la ficha de "***normalidad***" de Rossi se mantiene la misma lógica, ahora con argumentos biotipologicos. En ambos casos los registros sobre lo psicológico están construidos a partir de items exhaustivos y delimitados a partir del recorte que se realiza sobre lo que debiera ser normal, otorgándose lugar solamente al registro que describa el grado de desvío del sujeto respecto a dicho patrón.

En periodos de democracia ampliada los registros muestran mayor amplitud de criterios y de posibilidades de consignación de la información. La nominación de "Esquela ***Biográfica***" e "***Historia Personal*** del estudiante" dan cuenta de esto. En ambos casos, pero fundamentalmente en el segundo, se apunta a la consideración de la personalidad como criterio abarcador que no se reduce a la suma de los segmentos definidos como "atención", "memoria", "ideación", etc. Asistimos así, por último, al pasaje de las consideraciones psicológicas definidas en un sentido objetivo (medibles y cuantificables) hacia criterios que dan mayor lugar a la subjetividad que, en última instancia, nunca puede pensarse aisladas de su ***biografía*** o ***historia***.

2.2. Las historias clínicas.

Abordaremos ahora la historización de un grupo de Historias Clínicas pertenecientes todas ellas a la misma institución, el Hospicio de las Mercedes, en los mismos períodos que ya hemos caracterizado desde lo político y social.

Entre **1900 y 1915** se registra el ***Boletín Anamnésico*** que consta de 25 preguntas cuyos ítem van desde la situación personal (estado civil, nivel de educación, profesión y

religión) bagaje familiar, infancia y adolescencia, carácter y conducta, abuso de alcohol. La situación clínica del paciente se releva a partir de items que atienden al inicio de los síntomas, el grado de peligrosidad, sus causas, sus ideas fijas, traumas y la evolución de la enfermedad actual.

La segunda parte del Boletín hace referencia al examen somático en el cual se consignan los caracteres antropométricos y morfológicos.

En otro apartado se registra un examen de las funciones vegetativas (neurológicas) y un examen de la motilidad (que incluye una evaluación de los reflejos, del andar, de los nervios, la sensibilidad y el lenguaje).

El Boletín también incluye una sección titulada "Boletín Psicológico" en el cual se explora la atención, la memoria, la asociación, imaginación, lenguaje y juicio. También se aborda la afectividad (el humor, las emociones, pasiones, impulsos), la volición y el sueño.

Entre **1924 y 1942** siendo Director de la Admisión el Dr Gonzalo Bosch, hemos detectado un formato de Historia Clínica que reporta ciertas novedades respecto a la estructura de los relevamientos propuestos. Muestra un énfasis en la fecha de ingreso del paciente y los datos de externación, así como también un ***doble diagnóstico*** que supone, por un lado un diagnóstico presuntivo (de acuerdo a una nosología funcional (Guerrino, 1982)) y por otro lado un diagnóstico definitivo (basado en la nosología clásica). Si bien la estructura de la Historia Clínica contempla esta diferenciación, la misma es utilizada por los médicos recién en 1938 (Narvalaz, 2007).

El abandono de las referencias constitucionalistas, la concepción de una conjunción de factores múltiples -entre ellos sociales y psicológicos- en la aparición de las enfermedades mentales y la clasificación funcional que Bosch propone estableciendo cinco grupos cuya base es la autonomía psíquica, reflejan la reversibilidad posible de ciertos estados. Esta posibilidad atiende a "la prevalencia de criterios de higiene y prevención que llevan a una orientación más dinámica y abierta del dispositivo de salud a la población: se abren consultorios externos en la atención hospitalaria". (Rossi, 2005:48).

En **1942**, la estructura de la Historia Clínica amplía la Sección de Anamnesis. Una extensa tabla considera una amplia descripción de los antecedentes familiares (incluidos los abuelos y los primos) y un registro de los antecedentes personales del

paciente que incluyen nuevas secciones: un registro de la vida del paciente desde su nacimiento hasta los 7 años, su conducta familiar, condiciones sociales, pánicos nocturnos, lenguaje. Hacia los 7 años se indaga sobre su escolaridad, su humor, sus conflictos, afecciones del entorno social, sexualidad, sociabilidad. Desde la adolescencia a la adultez se registran datos de su trabajo, su conducta, sociabilidad, cambios y sexualidad entre otros.

Los registros que se conservan de la Admisión, constituyen un primer documento de la forma en que era registrada la primer semana de observación del paciente. En ese documento se consideran cómo se comportaba, como dormía, su lenguaje, si llora o se ríe, grado de agresividad, conductas en el baño, si expresa ideas suicidas, si toma la medicación, si usa camisa, etc. Se trata más bien de una observación fenomenológica de la conducta personal aportada por los enfermeros.

Desde la asunción de Ramón Carrillo en **1946** a cargo del Ministro de Salud Pública de la Nación durante la presidencia de Perón, las Historias Clínicas van variando lentamente a fin de incluir su ***Clasificación Sanitaria.*** Desde 1950 la clasificación aparece en las historias clínicas agregada a través de un sello que se estampa en la contratapa de las mismas. Este agregado se institucionaliza en 1954, año en que el cuadro de Clasificación de Carrillo "aparece al comienzo de las historias, seguido de un apartado que permite dar cuenta de la variación en el curso evolutivo y de la especificación de la derivación que debe darse al paciente según el diagnóstico resultante" (Narvalaz, 2007). A partir de dicha clasificación también se agrega una terapia específica para cada una de ellas. El cuadro sería el siguiente

Grupo	***Cuadro***	***Destino***	***Tratamiento***
Nº 1	Afrenia-Demencia Irreversible	Colonia	Laborterapia
Nº 2	Disfrenia- Psicosis remisible o curable	Hospital	Fisioterapia
Nº 3	Kindinofrenia- Peligrosidad manifiesta	Kindinocomio	Terapia enmendativa
Nº 4	Oligofrenias- Retardo por insuficiencia mental	Hogar	Terapia pedagógica
Nº 5	Peirofrenias- Neurosis y/o personalidad psicopática	Sanatorio	Psicoterapia

En el año 1957 el cuadro aparece tachado en varias historias clínicas con una inscripción que dice: "Vergüenza Nacional". A este cuadro de clasificación ya resistido por los médicos del hospital por su dificultad práctica, se le sumó una resistencia ideológico política (Narvalaz, 2007).

3. Conclusiones.

Mientras que las Fichas apuntan a criterios descriptivos y horizontales, las Historias Clinicas otorgan una visión longitudinal, secuencial, procesual de la situación personal (evidenciados en anamnesis, diagnósticos, pronósticos y evolución) que dan mayor lugar al tratamiento de casos singulares.

Las fichas proveen información situacional y una visión general de la conducta del sujeto a efectos de alcanzar un objetivo. Son fundamentalmente descriptivas y se encuentran generalmente focalizadas en detectar disfuncionalidades. Prevalecen en el campo educacional o laboral mientras que las historias clínicas pertenecen al campo del discurso medico. Estas últimas plantean un curso longitudinal de la vida del paciente (incluidas anamnesis, diagnósticos y pronósticos).

En periodos de democracia ampliada se otorga el lugar a la dimensión psicológica, mientras que en periodos de democracia restringida priman los criterios mas ligados a descripciones y tratamientos fisiológicos.

Bibliografía.

Archivos de la Sección de Salud Publica (1948), Vol III, Nro 15, Feb 1948, pp: 1-7.

Consejo Nacional de Educación (1924) *El Monitor de la Educación Común,* Nro 622, p. 8-13.

Dirección de Psicología Educacional y Orientación Profesional, La Plata, 1950. En "*La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer instituir las prácticas".* Buenos Aires, EUDEBA, 1997.

Cuerpo Médico Escolar, Consejo Nacional de Educación, *Ficha psicofisiológica*, (1932), Dra Carolina Tobar García.

GERMANI, Gino (1990) "Hacia una democracia de masas" en Kogan, H. y Sanguinetti (comp.), *Introducción al conocimiento de la Sociedad y el Estado*, Bs.As. Eudeba, p.144-160.

GUERRINO, A. (1982) *La psiquiatría Argentina*, Buenos Aires, Ediciones Cuatro

KIRSCH, U (2005): "La Escuela Politécnica de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social". En En *Psicología en Argentina. Vestigios de profesionalización temprana.* Buenos Aires, JVE.

MORENO, R (1997). "Testimonio: Algunos recuerdos personales sobre 50 años de Psicología" En "*La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer instituir las prácticas".* Buenos Aires, EUDEBA.

NARVAJA DE ARNOUX, E. (2006) *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo,* Santiago Argos Editor, Buenos Aires

NARVALAZ, V (2007): "Comparación de los criterios de clasificación de las enfermedades mentales utilizados en el hospicio de las mercedes entre los años 1930-1957". En *Actas del VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis*. Mar Del Plata, 30 De Noviembre y 1 de Diciembre de 2007. ISSN 1851-4812

PALONIEN, K (1998), "Quentin Skinner's rethoric of conceptual change", En *History of human Sciences*, Vol.10, n°2, pp.61-80, London, Sage Publications.

PIÑERO, H.: (1916) "Examen Medico y Psíquico del Pupilo. Boletín Psico-físico"; "Psico-fisiología del CIEGO. (Contribución a su estudio). Ensayo Clínico Experimental" y "Examen y Clasificación fisio-psiquica de los pupilos de la Colonia "Marcos Paz"". En "*Trabajos de Psicología Normal y Patológica reunidos y publicados con motivo de los congresos científicos del centenario de la Independencia, 1816-1916*" (1a. ed.). Vol II 1911-1915. Laboratorio de Psicología. Facultad de Filosofia y Letras. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.

ROJAS BREU, G (2005): "Las maestras de Psicología Correctiva del Consejo Nacional de Educación". En *Psicología en Argentina. Vestigios de profesionalización temprana..* Buenos Aires, JVE.

ROSSI, A. (1944): "*Tratado teórico práctico de Biotipología y ortogénesis*". Tomo II. Buenos Aires, Editorial Ideas.

ROSSI, L; **IBARRA**, F (2008): Registros documentados de la práctica psicológica y nociones de subjetividad implícitas en Argentina (1900-1957). Su articulación con los contextos políticos y áreas preprofesionales. En prensa.

ROSSI, L: (1997) "La psicología educacional. Orientación vocacional". En Rossi y Cols. "*La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer instituir las prácticas".* Buenos Aires, EUDEBA.

_____ (2005) "Psicodiagnóstico y psicoterapia en los 50". En *Psicología en Argentina. Vestigios de profesionalización temprana..* Buenos Aires, JVE.

***VAN DIJK** (2003)* "Ideología y discurso*", Barcelona, Ariel lingüístico*.

TRANSFORMACIONES DISCURSIVAS EN EL DISEÑO DE HISTORIAS CLINICAS- ARGENTINA, 1900-1957.[2]

Rossi, Lucia; Navarlaz, Vanesa

Resumen: Los continuos y drásticos rediseños de los escenarios políticos que vive la Argentina en los primeros años del S. XX; no sólo afectan a las condiciones sociales y económicas, sino que impactan y se reflejan en el funcionamiento de las instituciones. En este caso, se elige analizar el decurso de una institución del área clínica: el Hospicio de las Mercedes, por su excepcional estabilidad a través del tiempo, que permite disponer de un sólido y relevante corpus documentario: las historias clínicas. Los sutiles cambios institucionales- cambios de criterio y de orientación, se reflejan en el diseño de los protocolos. Un análisis secuencial de sus variaciones discursivas resulta de extrema relevancia. El decurso de variaciones del diseño formal de historias clínicas, desde la perspectiva del análisis de discurso - permite seriaciones que abren a la posibilidad de ensayar una genealogía discursiva, en complemento con una apreciación contextual de estas variaciones en referencia a la concepción de sujeto implícita según los diseños políticos. Finalmente, los formularios de historias clínicas serán interrogados desde una perspectiva psicológica focalizando en el modo en que las personas son consideradas en los ítems que incluyen e impliquen al sujeto.

Palabras clave: Historias clínicas – Historia - Psicología- Argentina-

Key words: Clinical histories - Psychology –History – Argentina

Abstract: The continuous and drastic redesigns of the political scenes through that the Argentina lives in the first years of the S. The 20th; not only they concern the social and economic conditions, but they strike and are reflected in the functioning of the institutions. In this case, it is chosen to analyze the course of an institution of the clinical area: the Hospice of the Mercedes, for his exceptional stability across the time,

[2] (2009) Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR 2009*, 3,* pp. 441-443

which it allows to arrange of a solid and relevant corpus documentary: the clinical histories. The subtle institutional changes - changes of criterion and of orientation, they are reflected in the design of the protocols. A sequential analysis of his discursive variations ensues from extreme relevancy. The course of variations of the formal design of clinical histories, from the perspective of the analysis of speech - it is allowed gradations that open to the possibility of testing a discursive genealogy, in complement with an appraisal contextual of these variations in reference to the implicit conception of subject according to the political designs. Finally, the forms of clinical histories will be interrogated from a psychological perspective center in the way in which the persons are considered in the articles that they include and imply to the subject.

Introducción:

Las historias clínicas, refieren al sujeto desde el discurso médico; proveen decursos longitudinales, procesales, (anamnesis, diagnosis, prognosis, evolución) y abordajes singulares de sujetos institucionalizados. El trabajo con un Archivo de documentos del departamento de estadísticas del Hospicio de las Mercedes (actualmente Hospital Borda) permite analizar los sucesivos cambios discursivos que atañen a la diferenciación entre salud y enfermedad. El hecho de tener sede en una misma institución, permite una apreciación singular de los cambios acontecidos en las historias clínicas que documentan y testimonian tensiones e intencionalidades institucionales impresas en su propio diseño. El análisis intradiscursivo contribuirá a caracterizar los diversos diseños y contextuarlos en escenarios institucionales; y el estudio comparativo interdiscursivo permitirá esbozar genealogías secuenciales y derivar sus implicancias.

Desarrollo:

I -1900-1916- Boletín anamnésico.

En el marco del período conservador (1900-1916) caracterizado por G. Germani como democracia de participación política restringida (Germani, 1961) se produce en el plano económico el gran desarrollo agro-exportador. Este desarrollo contrasta con un paisaje de extremo pauperismo urbano representado por la masiva inmigración europea que -convocada para el trabajo rural y desprovista de los escenarios prometidos- se agolpa en las ciudades con escasa inclusión laboral. Naturalizado el problema de la pobreza, sin políticas sociales o legislaciones regulatorias que busquen modificar esta situación; el Estado crea diferentes instituciones: Grandes Hospicios (Hospicio de las Mercedes, Open Door, Melchor Romero,) y un sistema Penitenciario para atender a las disfunciones en la inserción laboral como política de control social.

Una estadística de los diagnósticos registrados en las Historias clínicas entre 1900 y 1915 muestra, en cuanto al contenido, que prevalecen diagnósticos de alcoholismo, demencia precoz, y degeneración. (Navarlaz; Miranda, 2009)

En cuanto a lo formal este documento consta de: un *Boletín anamnésico* con veinticinco preguntas referidas a los datos personales (educación, religión, ocupación, antecedentes familiares, infancia comportamiento); investigación clínica de la enfermedad y su evolución.

A este *Boletín* se añade luego una *Historia clínica* que comprende: *II. Examen somático, III Examen neurológico, IV Examen de la motilidad* y un *Examen psicológico*- que aporta una clásica descripción psicológica: Atención- memoria- imaginación asociación, lenguaje, juicio, afectividad.

Encontramos que los cuadros que prevalecen corresponden al período naturalista-organicista, que concibe a la enfermedad mental como hereditaria por causa de una patología orgánica. En algunos escritos médicos permanece el término *alienación* – influencia tardía de Pinel y su concepto de enfermedad única- pero en general comienza a afianzarse la idea de *enfermedad mental* diferenciada. (Navarlaz, 2007)

II – 1916-1935- Boletín anamnésico e Historia Clínica:

La ley de sufragio universal de 1912 abre al período de *democracia de participación política ampliada* (1916-1930) en el marco del humanismo espiritualista de la primera

posguerra europea. Las modificaciones que se dan en este período democrático confieren inclusión política a la primera generación de hijos de inmigrantes, con una marcada incorporación económica de las clases medias urbanas al sector de servicios (bancos, escuelas, comercios). Las claves serán la gratuidad de los hospitales públicos y la educación universitaria abierta (reforma Universitaria de 1918). (Torrado, 2003) Comienzan a delinearse algunas leyes sociales. La Psicología se caracteriza por un sesgo laboral y educacional en donde el reconocimiento de un sujeto activo y participativo impone criterios psicológicos a la hora de evaluar capacidades y déficit. El concepto de salud varía: de las enfermedades terminales derivadas a los hospicios se pasa al énfasis de la prevención o atención primaria y secundaria de enfermedades leves y en sus primeros estadios. Este nuevo concepto de salud lleva a la apertura de consultorios externos en los hospitales y la asistencia social y sanitaria in situ.

La Historia Clínica del Hospicio de las Mercedes muestra, entre 1920 y 1938, los innovadores criterios nosográficos de Borda que desplazan a los diagnósticos especificados con el término"locura" del período anterior. En psiquiatría se afianza el nuevo paradigma de las *enfermedades mentales* desplazando así la noción de alienación. Entre los cuadros diagnósticos que prevalecen a partir de 1916 se destaca en primer lugar -en continuidad con el período anterior- el alcoholismo. (Gorriti, 1920). Como novedad surge la detección de la P.G.P., como estadio terminal de la sífilis; este diagnóstico permite afirmar la existencia de una causalidad orgánica para la alienación. Otros diagnósticos que se imponen son: la demencia precoz y la epilepsia. A partir de 1924 desaparece de las historias clínicas el término *degeneración.* (Navarlaz, 2007)

III- 1935-1941- Historia Clínica:

Hacia fines de la década del 20 la Historia Clínica registra novedades significativas: un doble diagnóstico: provisorio en la admisión definido por una nosología funcional, y otro diagnóstico definitivo en la internación con nosografía clásica. Este cambio de enfoque –tan significativo- se relaciona con la presencia de Gonzalo Bosch en el área de admisión del Hospicio a partir de 1930. (Navarlaz, 2009)

Ciampi y Bosch proponen en 1928 una nosografía funcional, con una clasificación de síndromes caracterizables por un mecanismo patogénico. Factores desencadenantes como el ambiente, las infecciones, las intoxicaciones, traumatismos, causas sociales o psicológicas neutralizan el carácter hereditario de la degeneración. Esta clasificación parte de los estados premorbosos, constituciones (o personalidades), ubicando una continuidad con los síndromes con debilitamiento psíquico temporáneo, que pueden evolucionar hacia una pérdida completa de la autonomía psíquica. Este abanico de enfermedades supone un continuo de estados transitorios curables, dotados de cierta reversibilidad, que abren a una psicopatología constitucional inaugurando el campo de la prevención en la higiene mental.

Esta nosografía funcional de criterios flexibles que clasifica los desórdenes mentales según el grado de autonomía del yo, ha quedado impresa en la *Historia Clínica* de los años 30 en el Hospicio. En la admisión se clasifica al paciente con "*síndromes, episodios o estados*" en un diagnóstico presuntivo. Luego, en el diagnóstico definitivo, se regresa a los criterios psiquiátricos clásicos. Este criterio se adopta formalmente en la institución a partir de 1938. Partiendo de un supuesto de curabilidad de las enfermedades mentales Bosch propone la creación de instituciones no-asilares para los casos de enfermedades remisibles.

Por otra parte, en las anotaciones de los médicos por primera vez es tomado en cuenta el testimonio personal del paciente. Se presentan preguntas tales como "¿cómo se siente? "; contestadas de puño y letra por los mismos pacientes. Estos escritos firmados contienen no una trascripción indirecta de lo dicho por el paciente, que era muy frecuente a principios de siglo, sino su propio testimonio.

También se adjuntan a las historias clínicas cartas que los pacientes y familiares dirigen a los médicos de la internación.

Al final de la *Historia* se adjunta un *"Diario abierto*" que consigna los principales eventos registrados por los médicos y enfermeros.

Sin embargo, entre 1935 y 1941, se produce una reducción de la Anamnesis a *Antecedentes personales y familiares.* En general, la historia clínica se acorta: El Examen físico, neurológico, psíquico, clínico se compacta significativamente en un ítem global y se expanden ítems como *Evolución* y en especial *Tratamiento* que enfatizan

la idea de enfermedad como decurso con una actitud activa durante el tratamiento y un desenlace posible (fecha de externación).

IV-1942 – 1950- Ficha de Antecedentes:

Entre 1942 y 1948, la sección Anamnesis amplia significativamente los antecedentes familiares que exploran la condición sanitaria, causa de muerte y enfermedades sociales (tuberculosis, alcoholismo sífilis) de los abuelos, padres, hermanos, primos. Los antecedentes personales comprenden ahora la Infancia: de 0 a 7 años el comportamiento familiar, condiciones sociales, miedos nocturnos, lenguaje. De 7 años a pubertad: escolaridad, comportamiento, humor cambios, conflictos, afecciones, entorno social, sexualidad, sociabilidad. Adolescencia y adultez: trabajo, comportamiento, humor, sociabilidad, conflicto, cambios y sexualidad.

Se detecta como cambio significativo en la *Ficha de Admisión*, la inclusión de la *Hoja de observación de la primera semana del paciente.* Consigna su cotidianidad: cómo se comporta, come, duerme, habla, insulta, llora, grita, ríe, grado de agresividad, comportamiento de higiene, ataques del paciente, expresión de ideas suicidas, medicación, uso de chaleco, etc. Esta observación fenomenológica del comportamiento personal del paciente es realizada por los enfermeros. (Falcone, 2004)

V-1950-1955- Identificación de la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas y Mentales:

En lo político- Germani habla de democracia de participación masiva, que incorpora al escenario suburbano -*laboral fabril*- las migraciones internas acontecidas en la década del 30'.

Al crearse el Ministerio de Salud Pública, Carrillo produce un cambio inédito: cambia el nombre de historia clínica por *Identificación de la Dirección de Lucha contra las enfermedades neurológicas y mentales, e*n 1948.

En dirección a una drástica institucionalización este cambio parece mostrar con claridad la intencionalidad de Carrillo de hacer prevalecer enfáticamente una clasificación sanitaria funcional a una eficaz derivación institucional y propuesta de psicoterapia. De los cinco grupos en que se divide su clasificación los más novedosos son: el tercer grupo llamado *Kindinofrenia* (neologismo creado por Carrillo) que designa sujetos peligrosos (perversión de los instintos) – internables en manicomios penales con terapia enmendativa. El quinto grupo: Peirofrenias, incluye neuróticos y personalidades borderline que resultan derivables a Sanatorios y tratables con psicoterapia. (Navarlaz, 2007)

En referencia a las otras agrupaciones se observa que las *Afrenias* (primer grupo) que son demencias irreversibles cuyo destino institucional es la Colonia; se diferencian tajantemente del segundo grupo de *Disfrenias* (concepto que Carrillo toma de Kraft aunque confiriéndole una significación muy personal) en cuanto constituyen una psicosis reversible.

La diferenciación entre demencias y psicosis según su condición de reversibilidad muestra la pervivencia de ciertos criterios de G. Bosch. Finalmente el cuarto grupo de *Oligofrenias* corresponde al retardo por insuficiencia; se internan en Hogares y su tratamiento es pedagógico. Esta clasificación que aparece a partir de 1950 con un sello que rotula las Historias clínicas, tiene por objeto la toma fundamentada de decisiones sanitarias y jurídicas.

Conclusiones

Las historias clínicas incluyen una sección de *Anamnesis* con una firme tendencia a incorporar en la historia de los sujetos variables socio ambientales, antecedentes familiares o descripciones laborales. No obstante los datos requeridos presentan movimientos de ampliación y restricción según los contextos políticos. Los diferentes diseños de historias clínicas expresan su pertenencia a diferentes modelos de enfermedad mental. Se observan cambios en las definiciones etiológicas que parten de una mirada médica que va modificándose a lo largo del tiempo.

Así, los primeros boletines corresponden a un modelo de enfermedad en los que significativamente predominan criterios organicistas, propios de los períodos de

democracia de participación política restringida. Sin embargo sorprende la utilización, en un mismo espacio de tiempo, de criterios diagnósticos funcionales y flexibles madurados en períodos de democracia ampliada que se incorporan conviviendo con los criterios del naturalismo psiquiátrico.

Las observaciones de otros agentes participantes- médicos y enfermeros- encuentran asentamiento en la Historia clínica, en secciones como el *Diario* y la *Observación de la Primer Semana del paciente.* Estas descripciones se subjetivizan al incluir en la historia el *Testimonio* del paciente, en el que éste describe con sus propias palabras lo que siente (en forma personal y subjetiva).

La fuerte tendencia institucionalizante (en el sentido de operativizar derivaciones y tratamientos y asegurar un rápido sistemas de derivaciones) incorpora criterios previos y enfatiza la situación laboral y social del paciente. Impone una mirada interinstitucional que muestra grados de institucionalización superestructurales, intencionalidad que logra inscripción práctica a través de un sello en la Historia clínica.

Por otra parte, se puede observar de que modo los psiquiatras utilizan estos protocolos: hay propuestas extensas deshabitadas o cumplimentadas en forma burocrática, en algunas oportunidades. Sin firma de responsabilidad en algunos casos. En otros casos se agregan a la historia clínica hojas informales.

En las historias que responden al diseño Carrillo, se encuentran respuestas escritas por los médicos a los desconcertantes criterios diagnósticos (los cuales están dirigidos a una mirada institucional y no a la utilización en la práctica clínica). De un modo u otro, al diseño del documento –que absorbe nuevas intencionalidades y criterios- se impone siempre la respuesta de quienes deben utilizarlo.

Bibliografía:

Falcone, R. (2004). Relevamiento preliminar e indicadores sociales en Historias Clínicas. Colonia Open Door, Luján, 1900-1925. En, *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*. 50(4): 301-310

Germani,G (1961). "De la sociedad tradicional a la participación total en América Latina" en *Política y Sociedad en una época de transición,* Buenos Aires, Paidós

Gorriti, F. (1920). *Anamnesis general de 5.000 enfermos mentales*. Buenos Aires: Talleres gráficos de la penitenciaria nacional.

Navarlaz, V. (2007). "Comparación de los criterios de clasificación de las enfermedades mentales utilizados en el Hospicio de las Mercedes entre los años 1930-1957". En, VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Universidad Nacional de Mar del Plata- Facultad de Psicología. Mar del Plata, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2007. Publicado en soporte digital.

Navarlaz, V. (2009). "Los diagnósticos psiquiátricos del Hospicio de las Mercedes desde 1930 hasta 1946, una comparación de las nosografías utilizadas" En, *ACTA psiquiátrica y psicológica de América Latina.* Volumen 55, Nº 1 del mes de marzo de 2009.

Navarlaz, V.; Miranda M. (2009). Las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y la Colonia Dr. Cabred entre los años 1900 y 1930. Enviado para su publicación en el *XVI Anuario* de la Facultad de Psicología de la UBA.

Rossi, L. (2006). Argentina: profilaxis social en la década del 20: En, *Revista de Historia de la Psicología, 27(1):* 95-108.

Rossi, L.; Ibarra, F. (2008). Historias clínicas y fichas, Criterios psicológicos implícitos según campos profesionales y contextos políticos. Argentina 1900-1957: En, *Actas del IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis.* Buenos Aires, 3 y 4 de octubre de 2008. Edición digital

Torrado, S. (2003). *Historia de la Familia en la Argentina Moderna (1879-2000)* Buenos Aires, Ediciones e la Flor.

ABORDAJE GENEALÓGICO DE PROTOCOLOS SEGÚN GÉNEROS Y ÁREAS PROFESIONALES. SUJETO IMPLÍCITO[3]

Rossi, Lucia

Resumen:

Un abordaje global siguiendo la denominación de documentos y protocolos de relevamiento de datos psicológicos, permite a la vez filiarlos según géneros y esbozar un trazado de secuencias genealógicas. Si un primer análisis interdiscursivo permite agrupar los documentos según características de género y esbozar un mapa de prevalencias, el segundo abre a la consideración de su despliegue en el tiempo; ambos contribuyen a conferir significatividad y relevancia a las ideas implícitas de psicología y de subjetividad según áreas profesionalizantes de la psicología.

Palabras clave:

protocolos- áreas profesionales- sujeto-Argentina

TITLE

GENEALOGICAL APPROACH OF PROTOCOLS ACCORDING TO GENDER AND PROFESSIONAL AREAS. IMPLICIT SUBJECT.

Abstract:

A global approach following the designation of documents and protocols of psychological data gathering, allows to group as gender and outlines sequemces of genealogical tracing. If a first interdiscursive analysis allows to group documents according to gender characteristics and outline a map of prevalence, the second analysis is opened to consider its deployment in time, both contribute to confer significance and relevance to the implicit ideas of psychology and subjectivity

---

[3] (2010). II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 22, 23 y 24 de Noviembre de 2010. En prensa.

according to professionalizing area of psychology.

Key words: protocols- professional areas- subject -Argentina

Introducción

El análisis de interdiscursivo aplicado a fuentes históricas permite ensayar agrupamientos por género siguiendo la denominación de los documentos. Su caracterización según géneros por áreas acompañada por una mirada interior a la arquitectura de su composición textual, permiten detectar influencias mutuas y hasta tradiciones que verifican su filiación, como prevalencias, omisiones, relaciones. La reconstrucción del entramado secuencial contribuye a dar visibilidad a genealogías. Los géneros por áreas y sus genealogías aportan perspectivas que aproximan a explicitar diversas ideas de psicología y subjetividad en la intencionalidad implícita en los documentos.

1. Área laboral:

Los documentos que sistematizan estudios en el áreas laboral aparecen y florecen en el período de democracia de participación ampliada del 16 al 30'. Se presentan dos documentos de 1922, aunque de signos políticos antagónicos ambos enfoques fisiológicos son de reconocida raigambre francesa.

Estudios de fatiga del Diputado socialista A. Palacios a los fines de fundamentar la Jornada de 8 horas. El enfoque socialista, propone un abordaje positivo de mediciones con aparatos de reacciones fisiológicas: Ergograma, dinamograma, dianamometría, prosexigrmama, estiometría, míoestiograma, cardiograma, neumograma.

Pruebas y exámenes del Gabinete psicofisiológico A. Milano de indudable influencia en *cabinet phisiologique* del Instituto de Aeronáutica cuyo **Examen Psíquico** comprende actividad psicomotriz, atención y memoria, resistencia a estímulos emotivos los socialistas prefieren hablar de orientación.

En 1924 a raíz del Congreso del Trabajo convocado en Rosario en 1925, triunfa el diseño krausista integral de Jesinghaus: ***Orientación Profesional – Examen psicotécnico*** con un marco integral en el que conjugan idoneidad corporal, vocación espiritual, situación económica del joven y su familia, mercado del trabajo y perspectivas a futuro. Cerrado como institución oficial con el golpe del 30' el Instituto continúa su actividad en el Museo Social Argentino dirigido por Fingermann –"el trabajo según la capacidad no produce tanta fatiga"

En esta genealogía se ubican los documentos de 1934:

El mismo diseño se encuentra en los exámenes de ingreso a Segba: el ***Examen Psicotécnico:*** consta de exámenes de los sentidos, capacidad física, habilidad manual, inteligencia práctica, inteligencia abstracta. Sin embargo en la ***Selección Psicotécnica*** no sorprende que tratándose de la selección de personal de agentes de Policía, siga las elecciones de la línea del Gabinete Fisiológico de Aeronáutica, al cual L. Mata, se atiene aún siendo discípulo y exalumno del Instituto de Jesinghaus.

Examen biométrico, clínico y fisiológico- y Exámenes Psicológico memoria, audiovisión, testimonio.

En 1943 la selección de candidatos para la Marina de Guerra el Examen psicotécnico regresa a los criterios integrales de Jesinghaus- Fingermann tomando exámenes de capacidad física, habilidad y reacción, inteligencia técnica, inteligencia práctica, inteligencia verbal y abstracta. Aparece la psicometría y los tests de inteligencia como manera de neutralizar la fragmentación de la medición de aptitudes aisladas.

En 1947, Mira y López presenta a través de Calcagno un ***Cuestionario íntimo*** que incluye: Impresiones más fuertes en la vida, recuerdos agradables, recuerdos desagradables, satisfacción en el vivir. La idea de posguerra es "evitar la formación de una juventud domesticada, fanatizada, técnicos sin cultura al servicio de dictadores".

En 1948, las políticas oficiales de la democracia de participación masiva promueven el énfasis del estudio del trabajo a través del plan Quinquenal en el interior del país propicia como oficial el regreso al diseño integral de Jesinghaus en Tucumán a través de Benjamín Aybar y su Licenciatura del Trabajo. Su **Boletín de Psicotecnia** muestra énfasis en la "entrevista". Biotipólogos como A. Arias en Buenos Aires, promueven orientación profesional y vocacional. Moreno desde la Dirección de Escuelas de Pcia. de Bs. As., discípulo de Mira y Bosch introduce la ***Historia personal del Alumno*** en el

Departamento de Orientación Profesional con cuestionarios y entrevistas con decidida implicación personal.

Se muestra una tendencia de la selección a la orientación, de la medición de aptitudes a criterios integrales, y a pesar de las oscilaciones, la tendencia predominante a integrar aspectos personales del sujeto y con enfoques globales: inteligencia general, entrevistas.

2. Área Educativa:

Se aprecia una colección heterogénea de diseños:

Ficha psicofisiológica (1902) Piñero, Examen Psico-físico (anamnesis y situación actual) Psicológico (sensorial, actitudinal, comportamental) Pedagógico (contexto social) – inteligencia)

Esquela Biográfica (1924) Consejo Nacional de Educación. Anamnesis, examen somático, fisiopsicológico sentidos Psicológico, psicología experimental Binet, anormalidades del carácter.

Ficha escolar (1932) Tobar García, Consejo nacional de Educación .Datos educacionales contexto social e individual. Examen psicopedagógico: aptitudes actitudes esfuerzo carácter temperamento. Rendimiento psíquico como unidad funcional.

Ficha biotipológica ortogenética (1934-1941) Provincia de Buenos Aires de A. Rossi: se considera: persona, herencia, desarrollo físico y psíquico, enfermedades examen somático morfológico y fisiológico. El Examen psicológico indaga sentimientos voliciones, tipos de carácter y de temperamento. Rendimiento escolar. El entorno moral cultural, familiar, religioso, tendencias sociales, sentimientos patrióticos, deportes. Orientación

Ficha integral (1943) Pcia. de Bs. As: reeducación moral formación del carácter, educación integral anti-pragmática, anti-intelectualsita, anti-sensorialista). Examen somático, herencia, raza, pruebas de inteligencia, ambiente, anomalías de carácter y temperamento: personalidad

Orientación para la integración social, sistema integral de prevención social

Historia personal del alumno (1948) Moreno Pcia. de Bs. As: Observaciones de maestros y psicólogos. Entrevistas tests de inteligencia aptitudes y proyectivos, cuestionarios. Orientación.

El género marcadamente prevalente es la Ficha. Hasta la década del 30 predominan criterios psicofisiológico, psicología experimental, sensualismo de tendencia francesa. A partir del 30, se imponen criterios de unidad funcional (influencia de Bosch) con decidida consideración de contextos sociales culturales; énfasis en lo social actitudinal afectivo, moral carácter, temperamento, con notorio abandono de ítems fisiológico sensoriales y de inteligencia: el examen fisiológico pasa incluirse en el examen físico, hay un rediseño implícito de la psicología, que ahora aparece centrada en lo afectivo temperamental, caracterológico.

En la Dirección de Escuelas de Provincia de Buenos Aires se detectan un muestrario de tendencias extremas de diseños oficiales y obligatorios que se suceden unos a otros: la ***Ficha Biotipológica*** colapsa en el concepto de biotipo una psicología imbricada a un tipo físico que considera herencia, enfermedades, examen somático, antropométrico, biotipológico de Rossi de 1934 a 1941; la ***Ficha integral*** 1943-47 psicológico como formación del carácter social, orientadora. En el proyecto nacionalista de 1930 a l947 predominan criterios integrales atentos al ambiente concebido como contexto cultural social moral, afectivo temperamental, caracterológico. Proponen la orientación de la conducta con fines de prevención. En 1948 se aprecia una vertiginosa psicologización de criterios en la ***Historia personal del alumno*** que integra el tema afectivo mediante pruebas proyectivas.

3. <u>Área Criminológica</u>

Para menores institucionalizados:

Examen fisiopsíquico (1904) Piñero Clasificatorio, ***Boletín anamnésico y psicológico*** (1915) Cabred, Colonia Torres- oligofrénicos, ***Ficha Médico- legal,*** (1915-29) Depósito de menores de la Policía; ***Ficha Psicológica*** (1927) Tribunal de Menores- Tejera- Clínicas de neuropsiquiatría Infantil

En el período conservador positivista, primero se institucionaliza luego se diagnostica y se apuesta a la integración social por la educación –recuperar- por estimulación

sensorial- fisiológica o según nivel intelectual como intenta el cuestionario de Cabred. Predominan criterios clasificatorios estigmatizantes. La integración social es pensada en términos laborales- como aprendizaje de oficios.

En períodos de democracia ampliada la ***Ficha médico legal*** – indudable de control social urbano por la policía a la manera francesa, convive con la ***Ficha Psicológica*** con manifiesta preocupación por una derivación institucional diversa fundada en un diagnóstico psicológico. Aparecen ítems de evolución y pronóstico.

La Penitenciaría de mayores, presenta cuatro documentos: ***Cuaderno Médico Psicológico*** (1907) de la Cárcel de Encausados, ***Boletín Psíquico*** (1914) de Elvio Fernández; ***Boletín Médico –Psicológico, Historia clínica criminológica*** (1932) de Loudet.

Predominan el género ***Boletín***- género abreviado y la *Ficha*- en la línea del Depot de Clérambault- Francia. Instantáneas detalladas, minuciosas descripciones. Vemos que el área clínica, psicopatologiza la criminología acercándola a la Psiquiatría, y al mismo tiempo desdibujándola. Aparece ahora como concepto secundario a la clínica. Se evoluciona desde los géneros descriptivos- fotográficos a perspectivas longitudinales, de Historias de vida.

4. <u>Área Clínica</u>:

Las historias clínicas permanecen estables en todo el decurso. Son el único documento que tiene un transcurso estable en una misma institución y que permite estudios longitudinales que muestran sus variaciones en el tiempo: la adopción de criterios funcionales en la admisión, Bosch, 1930 y la preocupación por asegurar la derivación institucional de Carrillo a partir de1948.

Las historias clínicas, longitudinales, caracterizadas por atrapar especialmente las vicisitudes de la historia del sujeto en el apartado “Anamnesia” y especialmente en el “Testimonio” al carecer de una intencionalidad homogeneizante, apuntan a ahondar en la peculiaridad del sujeto por su perspectiva clínica.

Se expanden notoriamente a los diseños de la criminología- a partir del 36 en que Loudet impone la ***Historia clínica criminológica***, fusionando ambas áreas, con la prevalencia de la psiquiatría y su mirada psicopatológica- propiciada tanto por la

funcionalización de criterios en línea con la propuesta de higiene mental de Bosch como por las críticas de la psiquiatría social de criminalizar la enfermedad mental y psicopatolgizar la pobreza. Ambas tendencias contribuyen a dar mayor consideración al ambiente social, atenuar criterios lombrosianos y a conferir como factor clave de control del acto a la vida moral afectiva- tipologías de temperamento y de carácter.
Las historias clínicas influyen en su diseño en el área educacional con la ***Historia personal del alumno*** de Moreno 1948, alumno de Bosch; aunque sin su carácter patológico clínico. Influencia de Bosch se encuentra en los criterios de unicidad funcional de lo personalidad psíquica de las fichas de Carolina Tobar García en los 30'

Conclusiones

El área laboral, se esboza y florece en la década del 20 con dos tendencias: una fisiológica sensorial de origen francés, otra integral de raigambre krausista que se impone oficialmente con H. Irigoyen. Los estudios y exámenes fisiológicos de la escuela francesa fisiológico sensoriales, presentan escasa inclusión de aspectos psicológicos personales. Géneros iniciales: ***Examen psicofisiológico y psicotécnico*** Formas mixtas en el examen psicotécnico, prevalecen en la década del 30. Orientación y selección son antagónicas. La orientación implica consideraciones personales, familiares, y de contexto. Las profesiografías de aptitudes son sustituidas por tendencias globalizantes implican las psicometría de tests de inteligencia, la noción de personalidad, entrevistas y cuestionarios, que afianzan después de la segunda posguerra. En la década del 40 conviven con el ***Psicotécnico*** los ***Cuestionarios***

En el área educativa prevalecen criterios positivistas del Laboratorio de Psicología Experimental de H. Piñero; surgido con acuerdo discusivo del régimen conservador y los socialistas. Una psicología de base psicofisiológica a la francesa, atenta a la medición sensorial psicotécnica de aptitudes- base de toda evaluación tanto de la fatiga a nivel laboral como de una teoría educacional basada en la los sentidos. El área laboral y educacional coinciden en el positivismo de la escuela normal cuya influencia se extiende a los laboratorios de psicología experimental del Consejo Nacional de Educación, que aborda la educación diferencial de los niños llamados débiles y el

entrenamiento de maestros durante la década del 20 para terminar abruptamente en el 30´'. Con el ocaso de psicología experimental se imponen los criterios de Bosch, influencia social cultural, y la personalidad como unidad funcional en las Fichas de Tobar García.

En el área clínica, se observa que si bien, las historias clínicas tienen un solo género, impacta en el a década del 30 los criterios funcionales de Bosch en la admisión.

Bosch parece haber tenido influencia conceptual y discursiva en las Fichas escolares de Carolina Tobar García ya que atenta a la unidad funcional de la vida psíquica, y al concepto de personalidad. Es interesante la preocupación por ordenar y asegurar la derivación institucional apropiada, incluida como ítem en la misma historia clínica por Carrillo a partir de 1948, esta tendencia se esboza en la década del 30 con el Depósito de Menores y la Ficha psicológica del tribunal de Menores.

El sesgo criminológico, señero; con sus fichas, cuadernos y boletines, termina cediendo a la Historia clínica criminológica de Loudet, para quedar bajo la égida de la incipiente Psiquiatría. Florece en épocas conservadoras (principios de siglo y la década del 30) y fuertemente interpelado, por la "criminalización de la protesta o disentimiento político"- como con los anarquistas de principios de siglo hasta el 30' o la criminalización de la pobreza en el 30'; termina psicopatologizando lo criminológico- como área de la psiquiatría.

Bibliografía

Fuentes Primarias

Boletín Médico Psicológico (1932), Instituto de Criminología, Penitenciaria Nacional de Buenos Aires.

Boletín anamnésico y psicológico (1915), Cabred, Colonia Torres.

Cuaderno Médico Psicológico, Oficina de Estudios Médicos Legales de la Cárcel de Encausados de la Ciudad de Buenos Aires (1905-1907).

Esquelas pedagógicas (1928) Instituto de Psicología experimental. Dres. Tonina, Mozone. Consejo Nacional de Educación

Ficha Criminológica, Dirección General de Institutos Penales, Instituto de Clasificación, Ministerio de Justicia e Instrucción pública (desde 1907).

Ficha del alumno, Consejo Nacional de Educación, Ministerio de Justicia, Instrucción Publica, Inspección Médica Escolar, Ministerio de Justicia, 1945.

Ficha Hereditaria Constitucional (1941), Rossi, A., Instituto de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social.

Ficha del Gabinete Psico Fisiológico del Palomar, Dirección General de Aeronáutica, Ejército Argentino, Cuadro sintético del Dr. Agesilao Milano de las pruebas y exámenes a que son sometidos los candidatos a la aviación militar y personal navegante en actividad (aprox. 1923).

Ficha del Gabinete Psico fisiológico de la Armada, 1927, sin datos.

Ficha del Gabinete Psicofisiológico de la Asociación Civil en 1928, sin datos.

Ficha Médica (que incluye examen psicológico), (1904) Colonia Nacional de menores varones, Marcos Paz. 1904.

Ficha Médico Legal, Departamento Médico Legal de la Penitenciaria Nacional, 1905. Creada por Carlos de Arenaza (se encuentran Fichas Médicos Legales de este tipo desde 1905 hasta 1938).

Ficha Médico Legal, Servicio Médico Legal, Sección Menores, Policía de la Capital, División Judicial (1929 o 1919), sin datos.

Ficha ortogenética escolar Obligatoria (1934) A. Rossi, Dirección Escolar Pcia Bs As.

Ficha psíquica de normalidad, en Rossi, A. (1945) "Tratado teórico-práctico de Biotipología y Ortogénesis".

Ficha psicofisiológica, (1932), Cuerpo Médico Escolar, Consejo Nacional de Educación, Dra. Carolina Tobar García.

Ficha social (1928), Asistentes sociales del Museo Social Argentino –Universidad de Buenos Aires.

Historia de Clínica Criminológica, Penitenciaria Nacional de Buenos Aires, Instituto de Criminología, Director Osvaldo Loudet, creada por Osvaldo Loudet (1932).

Informes Médico Forenses, Korn, A. (1902), Donación Gellini, 71543, La Plata.

Historias Clínicas, Colonia Nacional de Alienados Hospital Interzonal Dr. Domingo Cabred, 1899, Open Door, Provincia de Buenos Aires.

Testimonio Mental, Cuestionario entregado a los ingresantes entre 1901-1920, Colonia Nacional de Alienados, Open Door, Provincia de Buenos Aires.

DOCUMENTOS Y REVISTAS

Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, Tomo I, N° 1 – 20, 1933 – 1934; Tomo II, nº21-40, 1934-1935; Tomo III, N° 41 – 67, 1935 – 1936; Tomo I, N° 1 – 20, 1933 – 1934; Tomo II, N° 21 – 40, 1934 – 1935; Tomo III, N° 41 – 67, 1935 – 1941.

Anales de Psicotecnia editados desde 1941 a 1943 por la Comisión de Psicotecnia del Instituto Joaquín V. González. Rosario, Santa Fé.

Anales del Instituto de Investigaciones pedagógicas. Universidad Nacional de Cuyo (53-56).

Anales del Instituto de Pediatría y Puericultura (1935-1941), Bs. As., UBA.

Boletín de Racionalización del Trabajo editado desde 1953 hasta 1957 por el Instituto de Psicotecnia y Orientación Profesional de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Tucumán bajo la dirección de Benjamín Aybar.

Boletín del Museo Social Argentino, órgano oficial del Museo Social Argentino, editado desde 1912 hasta 1957, nº 66, 1926; Año XIX, 1931; Año XVIII, 1930; Año XXI, 1932, Abril Junio, 1932.

Boletín de Salud Mental, Año III, n º 5, Buenos Aires, Julio de 1963.

Consejo Consultivo (1948) "La atención de los enfermos en el Instituto de Psicopatología Aplicada", Secretaría de Salud Pública de la Nación, República Argentina.

Revista Infancia y Juventud del Patronato Nacional de la Infancia, editada desde 1938 hasta 1944, nº22 al 25, publicación trimestral impreso en los Talleres Gráficos del Hogar Ricardo Gutiérrez, Gallegos, J.(1940) *Hogar Santa Rosa, Casa de Observación y de Clasificación*.

Revista Argentina de Higiene Mental editada desde 1936 hasta 1947 bajo la dirección de Mario Sbarbi.

Revista de la Liga Argentina de Higiene Mental, órgano oficial de la Liga Argentina de Higiene Mental, publicación trimestral, 1930, 1931. Dirección de Gonzalo Bosch.

Revista de Pediología dependiente del Instituto de Pediología, Sociedad Científica Argentina, editada desde 1937 a 1941.

Provincia de buenos aires, ministerio de educación (1951)**.** *Dirección de Psicología Educacional y Orientación Profesional*. *Fines y Organización.* La Plata.

Fuentes Secundarias.

Ibarra, F. (2009) Relevamiento de Fichas, Protocolos y Documentos con Prácticas Psicológicas Utilizados en el Área Laboral Tendiente a la Construcción de una Genealogía Conceptual: Argentina 1920-1955. En: *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 6, 7 Y 8 de Agosto, Tomo III, pp. 415-417

Ibarra, F. (2009) La ficha de selección psicotécnica para agentes de policía propuesta por Leopoldo Mata en 1934. En *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis.* Volumen 10, pp. 161-168.

Rossi, L. (1995) *Psicología: Secuencias instituyentes para una profesión*, Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Rossi,L (1997) *La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas*, Buenos Aires, Eudeba.

Rossi, L. (2001) *Psicología: su inscripción universitaria como profesión*, Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Rossi, L.; Falcone, R. (2003), "Líneas de formación preprofesional y su incorporación a la profesionalización universitaria" en *Memorias XI Congreso Argentino de Psicología*, Universidad de Cuyo, Provincia de San Juan.

Rossi, L. (2005) *Psicología en Argentina. Vestigios de profesionalización temprana*, J.V.E., Bs. As., Ediciones.

PSICOLOGÍA EN ARGENTINA (1900-1957). METODOLOGÍA DE ARCHIVO EN REGISTROS FORMALES DE DOCUMENTACIÓN: HISTORIAS CLÍNICAS, FICHAS E INFORMES[4]

Rosa Falcone

Resumen

En el marco del proyecto Ubacyt P 046 1 se ha propuesto el relevamiento de fuentes y documentos clínicos (fichas, historias clínicas, informes de caso, etc.) con el propósito de analizar su estructura, procedencia conceptual, pertenencia institucional según la aplicación del análisis crítico de discurso (Narvaja de Arnoux, 2006). Luego se han estudiado los protocolos en sus condiciones de producción, entornos y dispositivos enunciativos. Se ha utilizado el análisis intra e interdiscursivo que ha permitido reconocer secuencias genealógicas y detectar diferenciaciones de género y formaciones discursivas. En esta oportunidad con miras a organizar un archivo de la documentación relevada se propone exponer una aproximación a los lineamientos generales, obstáculos y perspectivas de los procedimientos de archivo aplicado a dichas fuentes. La construcción de un fondo documental de estas características demanda algunas precisiones sobre las cuales nos detendremos en el presente artículo.

Se revisará bibliografía específica que brinda información sobre fundamentación metodológica, marco conceptual y procedimientos inherentes a la organización de archivos documentales. Se arribará a las primeras conclusiones que permiten definir aquella clase especial de archivos denominados "Archivos especializados" o "Colecciones especiales" y finalmente se hará un breve análisis sobre una propuesta metodológica.

Palabras clave

Fuentes documentales – Archivo – Metodología – Procedimientos –

Psychology in Argentina (1900-1957). Archiving methodology in formal

---

[4] II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 22, 23 y 24 de Noviembre de 2010. En prensa.

documentation: clinical records, cards and reports.

Rosa Falcone

Abstract

Within the framework of Ubacyt P 046 project -*Psychology in Argentina (1900-1957): psychological criteria and signs of subjectivity in formal records of documentation, clinical records, data cards, and reports according to political contexts and professional areas*- we have undertaken the revision of sources and clinical documents in order to pin down their structure, objectives, conceptual background, institutional references, and authorship by means of critical analysis when approaching this material (Narvaja de Arnoux, 2006). The protocols have then been studied in the light of production conditions, the environment, and the enunciation devices of the discourse. Both intra and interdiscourse analyses have been employed to outline the various genealogical sequences and to elicit the difference that set apart the object and the discourse formation. This paper aims to present the results of the initial approach, the general guidelines, the difficulties and perspectives of the archiving methodology employed on specific sources In order to organize a documented file with the material reviewed during the investigation. The implementation of such an archive requires some specifications that shall be addressed in this paper.

Keywords

Document sources – Archive – Methodology – Procedures

Introducción.

La serie de protocolos relevados en el transcurso de la investigación ha mostrado una variedad de diseños formales (fichas, historias clínicas, estudio de caso, informes) de distintas autorías y pertenencias institucionales. Se ha sistematizado la documentación clínica de un amplio espectro de instituciones, según áreas profesionales (criminológica, clínica, educacional, laboral), que ha facilitado la reconstrucción, en algunos casos completamente y en otros parcialmente, de las condiciones de aplicación de dichos protocolos. Se ha analizado documentación específica de cada área, fichas psicofisiológicas o biotipológicas (descriptivas u horizontales)

correspondientes a instituciones educativas o laborales; historias clínicas, historias criminológicas longitudinales (antecedentes, diagnóstico y pronóstico), informes, observaciones de casos que fueron aplicadas en instituciones criminológicas o psiquiátricas. Se han establecido secuencias seriadas de protocolos visualizando cambios de criterios discursivos y conceptuales y se ha trabajado en la apreciación cualitativa de casos únicos. El abordaje de las fuentes se ha realizado teniendo en cuenta:

a) Relevamiento de protocolos: nombre, diseño y contenido. Grupos de colaboración, instituciones. Intencionalidad, objetivos y contexto de producción.

b) Referencias teóricas implícitas configurando un mapa conceptual y discursivo.

c) Itinerarios genealógicos según entramados discursivos y sistemas referenciales.

d) Clasificación en géneros: fichas, historias clínicas, historias criminológicas, informes, estudio de casos.

e) Condiciones de aplicabilidad, número de sujetos, tiempo, etc.

f) Elaboración de la información, sistematización, aproximaciones estadísticas.

En esta etapa la preocupación en la que nos encontramos como equipo es la formulación de criterios conjuntos centrados en la construcción de un fondo documental organizado que pueda ser utilizado en futuras investigaciones y en la consulta en general. En el presente artículo se propone exponer una aproximación a la metodología, fundamentación, obstáculos y perspectivas de la construcción de un archivo documental de la información relevada. Partimos de un conocimiento acabado de la problemática general para luego reunir la bibliografía específica sobre el tema y de allí surgirán las pautas para la toma de decisiones de prioridades.

Planteos iniciales sobre la importancia de los fondos documentales.

Los archivos, tal como afirma Ramon Alberch, son una de las instituciones que colaboran en la asunción de valores tales como patrimonio publico, memoria e identidad (Alberch, 2001). El registro y la transmisión de la memoria es una práctica que va unida al desarrollo de los grupos humanos en formas organizadas debido a la necesidad de toda sociedad de conservar y testimoniar determinada información. Las claves de cualquier política de archivo son la conservación y organización de los fondos documentales en vistas a su posterior uso pues sin conservación no existe utilización posible.

Marc Bloch decía que la historia es el conocimiento mediante huellas. Los documentos son huellas y los archivos entonces reservas de huellas inventariadas. Hay una natural dependencia de la historia con la "historia documental" y si no hay fuentes no hay reconstrucción histórica. Es necesario considerar a los documentos como lo que son: el testimonio puntual y siempre parcial de un hecho o suceso determinado. Los documentos son siempre sedimentos de la realidad y el historiador se encargará de reconstruir a partir de los trazos que los archivos hayan conservado. Indudablemente tan importante como la labor de recopilación será la labor de crítica (Marc Bloch, 1971).

Cerdá Diaz agrega que los documentos, en su conjunto, son el resultado de una política selectiva de institucionalización de la memoria. Es evidente el papel esencial que desempeña el archivo como organizador y gestor de esa memoria. Hay decisiones que de alguna manera determinan aquello que será historia en tanto se ha propiciado una política de conservación facilitando la accesibilidad a la información que condiciona de un modo u otro la producción historiográfica (Cerda Díaz, 2004, p.205).

Archivos documentales. Fundamentación y obstáculos.

¿Qué es un documento de archivo?

Es la información contenida en cualquier soporte y tipo documental producida o recibida y todo registro de información independientemente del soporte físico: un libro, una revista, un mapa, una pieza arqueológica, una moneda, una escultura, un cuadro, etc.

El archivo consiste en uno o más documentos acumulados en un proceso natural, por una persona o institución, respetando el orden en que fueron generados, y con el propósito de servir de testimonio y fuente de información a las personas o instituciones que los produjeron, a los ciudadanos en general, o como fuente de investigación en la historia.

El documento conservado en una institución puede haber perdido sus valores primarios para dicha institución pero conserva valores secundarios. Estos valores secundarios son entre otros:

El valor informativo, que se refiere a la utilidad permanente de los documentos que aportan datos únicos y sustanciales para la investigación y el estudio en cualquier campo del saber.

El valor científico, cuando el documento pierde interés para la institución su uso ya no es institucional sino social.

El valor testimonial, que significa la utilidad permanente de los documentos por reflejar la evolución del organismo administrativo que los creó.

Una de las funciones fundamentales en este proceso de archivo es la correcta valoración de la importancia de una documentación. Hay documentos que al perder sus valores primarios no presentan valores secundarios y pueden ser eliminados previa valoración de los mismos. La adecuada capacitación en el área de que se trate podrá determinar y clasificar la información contenida en los documentos para proceder a su depuración. Es decir, tomar las decisiones sobre que documentación conservar y cual desechar.

Se deberá partir de un conocimiento acabado de la problemática general contenida en lo documentos a conservar para luego actuar en consecuencia.

De allí se supone que surgirán pautas para la toma de decisiones de las prioridades.

La consideración de documentos clínicos, fichas e informes pasibles de ser considerados una fuente histórica ha sido discutida por varios autores. Por sólo mencionar algunos: Huertas, R. "Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", en *Revista Frenia*, *Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol.1, fascículo 2, 2001. Livianos, L.; Magranes, A. (1991) *Historias clínicas del Siglo XIX. Una selección de patografías de J.B.Perales y Just*, Valencia, Ayuntamiento de Valencia. Montiel, Luis "Historia y enfermedad mental en dos historias clínicas de Dietrich Georg Kieser (1779-1862), en *Revista Frenia*, *Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. 1, fasc.2, 2001. Plumed, J.; Rey, A. "Las Historias Clínicas de Nueva Belén" en *Revista Frenia*, *Revista de Psiquiatría*, Vol.IV, fascículo 1, 2001.

La consideración de las Historias Clínicas como patrimonio es considerado en algunos países y en otros no. Hay algunos intentos en Sempere, J. (1996) "El archivo de Historias Clínicas del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital de Valencia (1931-1936)"; Dories, A. y Beddies, T., "Doping with quantitany and quality: history of psychiatry", 1999, 8.

De acuerdo a nuestros propósitos las historias clínicas, fichas e informes relevados constituyen documentos con cierto grado de problematicidad a la hora de decidir

acerca de su valor histórico –cuestión que hemos estudiado y en la que nos detendremos más adelante.

Las dificultades en los pasos de nuestra investigación han sido variadas. Se han hallado muchos archivos en instituciones, en otras no existen. Las explicaciones son diferentes, o bien porque no se ha tenido la voluntad de mantenerlo, o bien porque ha sufrido algunos traslados a otras instituciones, o incluso porque han sufrido los embates de las personas como agentes de deterioro.

El factor de la voluntad de conservación de la documentación histórica juega un papel importante, sin embargo, otras veces el simple transcurso del tiempo, el azar, o la ausencia de manipulación humana favorece su permanencia. En otros casos se patentiza la voluntad de conservar, pero se consuma con criterios archivísticos inadecuados o incluso con problemas evidentes en el soporte de conservación.

Con respecto a esta cuestión la consulta bibliográfica sobre archivos nos ha revelado la problematicidad implícita a las fuentes documentales. Los autores consultados diferencian las agrupaciones documentales tradicionales o textuales (elaboradas sobre papel), de las fuentes especiales, éstas últimas son distintas a las tradicionales y requieren de una investigación independiente para cada caso. Vazquez Murillo introduce el concepto de "*Archivos especializados*"[2] dentro de los que, por ejemplo, menciona aquellos que contienen documentos sustantivos o característicos de un tipo de institución: archivos eclesiásticos, sindicales, universitarios (Vazquez Murillo, p.75). Es recurrente también el nombre de "*Colecciones especiales",* como se aprecia en el libro de Manuel Escurdia, para referirse a "todo material de archivo que por su antigüedad, temática, rareza, riqueza, etc. merece tratamiento y uso diferente (Ezcurdia, p.13).

Metodología y procedimiento de Archivo

Lineamientos básicos

La consulta de bibliografía archivística ha permitido desagregar algunos criterios generales sobre como abordar el tipo de documentación objeto de nuestro proyecto. Su estudio ha dado como resultado lineamientos básicos aplicables al tipo de documentación específica atinente a nuestra investigación.

En términos generales:

La archivística se encuentra vinculada de manera directa con lo que se denomina función informativa de la documentación, es decir, a la difusión y el acceso a la información contenida en los documentos (Ducheim, M. 1989, p.9-
35). El objetivo de un archivo documental es, por un lado, conservar la documentación y hacerla disponible a cuantos la puedan necesitar, y por otro lado, facilitar el acceso al conocimiento y a su contenido. La exhibición también puede considerarse un objetivo del archivo aunque ésta no es su función principal. Existen circunstancias excepcionales bajo las cuales se llevan a cabo muestras documentales que deberán guardar ciertos recaudos en tanto se trata de la manipulación de documentos originales.

Procedimiento

De acuerdo a nuestras consultas, cuyas referencias se incluyen en la bibliografía de este trabajo, la construcción de un archivo organizado deberá atender a determinado procedimiento:

1. ORGANIZACIÓN, CLASIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

La clasificación consiste en agrupar jerárquicamente los documentos del fondo.

Hay acuerdo entre los distintos autores que la clasificación debe apegarse a los principios de procedencia y orden original excepto cuando se trate de colecciones cuya documentación se halle desligada de su fondo de origen.

Estas clases o grupos son las secciones, subsecciones o series calificadas como agrupaciones naturales. Un documento aislado carece de una significación exacta, por lo tanto, debe interrelacionarse con otros.

Actividades generales:

a) Clasificación y selección de la documentación, que consiste en la agrupación jerárquica de los documentos mediante clases, categorías o grupos en función de su procedencia.

b) Ordenación, que es la disposición de los distintos documentos según un criterio de unidad, de orden establecido de antemano. La ordenación corresponde a un primer criterio que sostiene que los documentos especiales queden agrupados por clases y posteriormente por tipo de formato. Una vez reunidos se aplicará un orden alfabético, numérico o cronológico.

2. DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO

La descripción del documento comprende la elaboración de los instrumentos del acceso a la documentación. La elaboración de elementos descriptivos se realiza bajo el método archivístico tomando las llamadas reglas de "*descripción multinivel*", que van de lo general a lo específico y no deben ser muy detallados. Se pueden recurrir a catálogos, guías e inventarios para mantener el respeto a la procedencia y orden original. Asimismo a la elaboración de índices temáticos, onomásicos u otros.

Actividades generales:

a) Descripción del documento: identificación de la signatura topográfica para su localización física, tipo de documentación y breve contenido.

b) Registro de la documentación, a realizarse en el sistema de archivo en el cual se consignará la signatura topográfica del documento para su localización física, la descripción del mismo, el iniciador, las fechas.

c) Instalación de la documentación en el depósito: es la ubicación física de todo el fondo mediante unidades de conservación, carpetas, cajas, etc. respetando el mobiliario acorde al documento. Para ello se llevarán a cabo actividades específicas correspondientes al análisis de tipos documentales:

- Denominación de la serie o documento.
- Definición de la serie
- Productor: Institución de procedencia.
- Descripción del documento que forma la unidad documental.
- Contenido: palabras clave y breve resumen del fondo documental.
- Ordenación de la serie.
- Identificación de las series o documentos precedentes.

3. PROCEDIMIENTO DE VALORACION

Es otro de los procesos archivísticos. Consiste en identificar el valor de la documentación a partir de la utilidad que tienen resultando una doble valoración la primaria y la secundaria. La valoración en documentos especiales debe enfocar a determinar si los documentos que ya perdieron sus valores primarios poseen los secundarios (evidencial, informativo, social) y pueden ser útiles por su contenido histórico, científico o cultural. Se debe contar con asesoramiento de especialistas en la

materia para ello. En la valoración la autenticidad del soporte y el autor o entidad de producción serán elementos determinantes.

4. LA CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS ESPECIALES O GUARDA.

Los acervos pueden deteriorarse. El clima, iluminación, polución ambiental, formas de almacenamiento resultan determinantes para su conservación.

Es relevante el asesoramiento por especialistas para establecer medidas preventivas para una mayor perdurabilidad. De allí que las medidas preventivas son primordiales para asegurar la longevidad de los documentos. Eso es lo que se llama en Archivística "*Conservación preventiva*"[3]

5. ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN.

Proporcionar a los usuarios la documentación de dos maneras posibles, en forma directa, mediante los propios documentos en original por medio de copias de distinto soporte, o de manera excepcional en muestras documentales organizadas. De manera indirecta los usuarios tendrán acceso a la documentación, a través de la información de dicho acervo vía los instrumentos de descripción (catálogos, inventarios, guías). Es en este punto que una buena parte de especialistas en Archivística consideran que contar con las copias es una excelente alternativa que permite reservar los originales sólo para la consulta de los investigadores y para casos excepcionales.

Consideraciones finales

La discusión sobre los criterios de las vías de acceso y difusión de los fondos documentales ha demostrado que la creación de sistemas integrados de redes de archivo a través de Internet están quebrando las tradicionales barreras de acceso de información que han condicionado históricamente la facilitación del conocimiento de los documentos de archivo. La red ha pasado a ser un nuevo espacio social y de fondos documentales.

Nuestra propuesta metodológica es acorde a los nuevos tiempos. La clase de material documental del presente proyecto podrá ser considerado como

"Archivos especiales" de acuerdo a lo tratado y requerirá de un abordaje cualitativo que lleve adelante el análisis, clasificación y descripción de la documentación escrita vinculada con los bienes patrimoniales. Se tendrán como objetivos generales: Conocer la situación regional del fondo documental.

Difundir el valor. Proponer pautas para la toma de decisiones institucionales en la conservación preventiva para el resguardo de la documentación. Y como objetivos específicos: elaborar técnicas de fichaje, registro y catalogación, confeccionar archivo escaneado, diseñar políticas de donaciones y préstamos y elaborar los principios rectores de la gestión de archivos en línea.

La metodología propuesta se ajusta a los procedimientos de conversión de los archivos tradicionales en archivos virtuales a través de la digitalización documental. Esto nuevo abordaje denominado "Archivos en línea" (Cerda Díaz,

J., 2002) hará posible el acceso remoto a los fondos documentales y, en sentido estricto, logra concretar el llamado "proceso de desmaterialización del archivo"[4].

Un fichero por la red con enlace hipertexual deberá seguir ciertos principios rectores que contemplan la conservación preventiva de soportes a fin de garantizar la permanencia de la información y el valor jurídico del documento.

En el caso específico de las fuentes documentales clínicas que nos ocupa resulta de importancia la representación y organización de la información basada en la procedencia y el modo de producción de los documentos, fiel al método de reconstrucción del orden original y, por último, el acceso y difusión por medios electrónicos.

Bibliografía consultada

Alberch, R. (2001) "Archivos, memoria y conocimiento", en Alberch, R.;

Figueras, R. *Archivos y cultura. Manual de dinamización*, Gijon, Edic. Trea,

2001, 13-26.

Bergoglio, B.; Pené, Mónica G. "La conservación preventiva en los archivos",

VII Congreso de Archivología del Mercosur, Archivos Patrimonio documental del futuro,

21-24, 2007, Viña del Mar, Chile, pp.1-9.

Bloch, M. (1971) *Apología de la historia. El oficio del historiador*. Edic.Juan J.

Soto, La Habana, Instituto Cubano del Libro.

Cerdá Diaz, J. (2004) "Archivos e historia local", en *Miradas a la historia: reflexiones historiográficas*, Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones,

2004, pp.203-218.

Cerda Diaz, J. (2002) “Archivos en la web. Sistema de descripción, búsqueda y recuperación del documento electrónico”, en *Actas de las XIV Jornadas de Archivos Municipales*, Parla, 2002, Madrid, 269-279.

Cerda Diaz, J. (2004) “Informatización de fondos históricos en Archivos Municipales: propuesta metodológica”, 2000, ISBN 84-88551-63-0, pp.131-168.

Ducheim, M. (1989) “El archivero en la era de la comunicación: especificidad y expansión en la archivística”, en *Revista de Archivística*, 1989, II, Pp. 9-35.

Escurdia y Vertiz, M. y Maas, M. *Las colecciones especiales*, 2008, Edición electrónica.

Fernandez Sanz, Juan J. (1995) “Metodología, archivos y fuentes bibliográficas para el estudio de la prensa médica”, *Documentación de las Ciencias de la información,* 18, Servicio de publicaciones, Universidad Complutense, Madrid, 1995. pp.115-142.

Fuster Ruiz, (1999) “Archivística. Archivo, documento de Archivo”, en *Anales de documentación*, 2, www.um.es/fccd/anales

Gonzalez Varas, I. (2000) *Conservación de bienes culturales. Teoría, historia, principios y normas,* Madrid, cátedra 2000.

Jimenez Gonzalez, L. “Ordenación Documental”, Santa Fé, Bogotá. Archivo General de la Nación, 2003.

Lodolini, E. (1993) *Archivística. Principios y problemas*, Madrid, Alfagrama Edic., pp.21-23.

Vazquez Murillo, M. (2006) *Administración de documentos y archivo. Planteos para el siglo XXI*, Bs.As., Alfagrama.

1 “Psicología en Argentina (1900-1957): criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación: historias clínicas, fichas, informes, según contextos políticos y áreas profesionales”, Directora: Lucía A. Rossi, Co Directora: Rosa Falcone.

2 Los Archivos especiales son grupos documentales con características particulares de distinta naturaleza informáticos, iconográficos, dibujos, litografías, fotográficos, sonoros, discos, cintas magnetofónicas, etc.

3 En el contexto de los archivos la conservación preventiva tiene tres campos de actuación el edificio, la guarda de los documentos, y el acceso a la documentación. En el primero, el edificio que albergue la documentación debe contar con las medidas elementales para su mejor almacenamiento, conservación y servicio. La guarda de documentos alerta sobre las diversas formas y sus dificultades: carpetas, hojas atadas con hilos, bolsas de plástico, documentación suelta, y sobre su almacenamiento cuyo objetivo

primordial es la economía de espacio. El acceso a los documentos se refiere a todas las maneras posibles que propicien la consulta del original y sus recaudos.

[4] Hay un antecedente en España "Archivos Españoles en Red" (AER) del Ministerio de Educación y Cultura; Badator, Fondos de Archivo sobre Uskadi, diseñada por el Centro de Patrimonio Documental del Pais Vasco (IRRGI). En www.irargi.org; www.larioja.org; www.geocites.com/paris/5419; www.laselva.essi.es.

Sección II. Psicología Laboral

RELEVAMIENTO DE FICHAS, PROTOCOLOS Y DOCUMENTOS CON PRÁCTICAS PSICOLÓGICAS UTILIZADOS EN EL ÁREA LABORAL TENDIENTE A LA CONSTRUCCIÓN DE UNA GENEALOGÍA CONCEPTUAL: ARGENTINA 1920-1955.[5]

Ibarra, Florencia

Resumen.

El presente trabajo constituye un estudio parcial de un trabajo de investigación mas amplio que se propone explicitar las variaciones en el diseño y en el contenido de los protocolos como así también su sistematización de acuerdo a los sesgos pre-profesionales (criminológico, clínico, educacional y laboral). Los distintos tipos de Historias Clínicas y de Fichas constituyen documentos escritos que registran el modo en que las prácticas fueron efectivamente llevadas a cabo y los distintos modos en que han sido pensados los criterios psicológicos. Dichas prácticas, a su vez, no son ajenas a las condiciones políticas y sociales que establecen un marco de posibilidad para los requerimientos institucionales (Rossi e Ibarra, 2008 a, b). Particularmente, esta comunicación tiene por objetivo presentar un primer relevamiento de fichas utilizadas específicamente en el área laboral. Al ser más extensivo que intensivo en su contenido, pretende comenzar a trazar una secuencia genealógica en la diacronía de la aparición de los protocolos aplicados al área tratada para permitir, en próximos trabajos, el análisis particular de cada uno de ellos.

Palabras clave: Protocolos, sesgo laboral, Argentina.

Desarrollo.

En 1920, en medio de la escena reformista en Buenos Aires, se explicita un viraje conceptual que pondrá el énfasis en el sesgo laboral en contraposición a los

[5] (2009). Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 6, 7 y 8 de Agosto de 2009 – Facultad de Psicología – UBA.

lineamientos clínicos y criminológicos que caracterizan la primera década del siglo. De todos modos, la psicología experimental todavía es considerada un fundamento válido a las reivindicaciones socialistas de la época, entre las cuales se encuentra la legislación laboral y los derechos del trabajador dada la compatibilidad conceptual entre la concepción naturalista y objetiva de la psicología y la posición materialista del socialismo (Rossi, 2001, a:102). Así, en este marco, los modelos de integración social mostrarán básicamente dos diseños: el de los socialista y el modelo krausista.

La actuación de los socialistas encuentra asentamiento en el ámbito académico: el laboratorio de la cátedra, antes a cargo de Piñero y ahora a cargo de Mouchet, bajo la dirección de José Alberti, presta su colaboración a los estudios que realiza Alfredo Palacios sobre la fatiga. Bajo el lema de "estudiar al obrero en su mismo medio", "llevar el laboratorio a la fábrica", circunstancias que exigían "dejar de lado las disquisiciones teóricas" (Palacios, 1924: 81-82), el Ministerio de Obras Públicas pone a disposición de Palacios la embarcación "El Pampero" y la Facultad de Filosofía y letras aporta los aparatos necesarios para realizar la experiencia. En el "Plan de Trabajo" presentado se explicitan los registros tomados en la experiencia que van desde la recolección de orina, ergograma, dinamometría, dinamograma, prosexigrama, mio-estesiometría, estesiometría, cardiograma y pneumograma que serían repetidos tres veces al día a fin de obtener de este modo la curva de fatiga fisiológica.

El interés despertado por esta experiencia entra en línea de continuidad con la inauguración del Gabinete de Psicofisiológico de la Escuela Militar de Aviación de El Palomar (febrero de 1922) (Kirsch,2008) y con la convocatoria al Congreso Nacional del Trabajo que se reúne en Rosario en 1923, del cual surge la necesidad de "un examen sanitario obligatorio y masivo que estudie la condición de los trabajadores y provea criterios de orientación laboral en relación a la oferta existente" (Rossi, 2001, a:104). Es la línea krausista, representada en este caso por Carlos Jesinghaus quien, desde el Instituto Central de Psicotécnica y Orientación Profesional, planteará un modelo un tanto diferente al de Palacios y que otorga contenido institucional a las máximas expresada en dicho Congreso. En concordancia con los diseños krausistas, el Instituto de Orientación Profesional propone un diseño más integral y ubica a la psicología en el lugar de orientar y compatibilizar la vocación y la aptitud con los aspectos socio-económicos de las profesiones. La Psicotecnia se propone entonces como una

herramienta para la distribución del potencial humano del país, con el fin de generar mayores posibilidades en la producción de riquezas (Luque, 2005:80).

En 1924, Jesinghaus sostiene que el ICOP realizará las orientaciones profesionales tomando en cuenta: 1) la idoneidad corporal; 2) la vocación espiritual; 3) la situación económica del joven y de su familia; 4) la situación del mercado de trabajo y sus futuras perspectivas (Jesinghaus, 1924:395). Nótese entonces que en este modelo además de considerar las aptitudes (idoneidad corporal), también se considera la vocación y el marco socio económico de inserción de la profesión en un momento dado. Esta múltiple determinación le permite realizar una afirmación fuerte: "el trabajo de acuerdo con las capacidades no produce tanta fatiga" (Jesinghaus, 1924:397). También le permite, en 1927 plantear que: "Pero aunque un psicólogo experimentado podrá sacar de los ´test´ ciertas conclusiones también sobre las cualidades morales, a base del modo de trabajar del individuo (los mismos ´test´ son pruebas de trabajo), nunca estas observaciones fragmentarias recogidas en breves horas y bajo circunstancias especiales, podrán reemplazar los datos de un estudio prolongado y en tan diferentes situaciones, como es posible realizarlo en la escuela. No cabe duda de que sería el ideal, si el consejero de orientación pudiera disponer de tal fuente completa como sería una libreta escolar conteniendo toda la historia del niño con los datos de las observaciones sistemáticas del medio escolar y del cuerpo de profesores, con una sólida preparación psicológica. Sería perfecto el retrato psicofísico del alumno, y una base óptima para la obra de orientación". (Jesinghaus, 1927:10)

El marco político, económico y social del periodo del participación restringida que se extiende desde 1930 hasta 1945, produce que la problemática social sea abordada fundamentalmente desde los criterios asistencialistas de la medicina social (Rossi 2001, b: 149) que desde la perspectiva laboral. El rol de contención social se le otorga ahora a la medicina que lo enfoca mediante criterios biotipológicos y de higiene (Rossi, 2005:94). En este punto es particularmente ilustrativo el artículo "Psico-higiene en el trabajo" escrito por Américo Montenegro (1948) en el cual se menciona la tarea realizada en la Liga Argentina de Higiene Mental que cuenta, entre sus objetivos, con "desarrollar la higiene mental en el dominio de la actividad industrial y profesional" (Montenegro, 1948:11). En el texto, se menciona la clasificación de las profesiones según Mallart quien las agrupa de acuerdo a la mayor o menor capacidad intelectual o

función psíquica a desarrollar y por la mayor o menor cantidad de trabajo físico y calidad del mismo. Si bien, en el texto no se mencionan explícitamente las técnicas recomendadas en la tarea de psicohigiene del trabajo, al final se incluye un extenso cuadro en el cual se detallan los aspectos que deben ser abordados y los medios y recursos necesarios para su examen. Dada su extensión, mencionaremos solamente algunos de los puntos consignados respetando la numeración original: Sobre el terreno: 1) Investigación de los ambientes de trabajo e industriales, en su aspecto psicológico. Proporción de buenos ambientes; Sobre el individuo sano: 6) búsqueda de la aptitud natural, 7) búsqueda de la vocación, 10) causa del descontento, 11) causas psíquicas que agraven el ausentismo. Para el trabajo sobre este terreno, Montenegro recomienda utilizar como recursos: La tarea en los Institutos de psicotecnia y orientación profesional; la Educación psicohigiénica e higienico-industrial; las escuelas de aprendizaje y el servicio social, entre otros.

En 1944 Arturo Rossi se propone "describir los diferentes aparatos y técnicas que la Biotipología pone al servicio de la psicología experimental y de la Psicotécnica, bases de la Orientación Profesional" (Rossi, 1944:503). Describe allí los distintos aparatos utilizados por Pende, Vidonde y Tamburri en Italia para realizar exámenes de fuerza y movimiento. Las cuestiones relativas a la orientación y selección profesional quedan ubicadas sobre una base biotipológica: "De Pende y su escuela hemos aprendido que merced al examen biotipológico individual (somato-psíquico) se puede estudiar en cada ser humano, su respectiva orientación profesional; y que como muy bien dice el maestro, es posible realizar el doble fenómeno: De adaptar las varias profesionales a los varios individuos; Los varios individuos a las varias profesiones" (Rossi, 1944:512). El primer punto hace referencia al marco que se le da en la Biotipología a la orientación y el segundo a la selección.

Al final del libro al que estamos haciendo referencia, Arturo Rossi dedica un capítulo a la Biotipología y la Medicina del Trabajo en donde plantea: "Ya lo dijo el fundador de la Biotipología: que es a la medicina constitucional a quien le corresponde establecer que toda la moderna tutela, tanto del Estado como privada, de los trabajadores, debe apoyarse sobre lo que Pende llama las tres columnas graníticas y que son: 1) la legislación higiénica (...) las causas externas de las enfermedades o infortunios del trabajo; 2) la organización técnica del trabajo según el principio del máximo

rendimiento con el menor gasto de energía y de tiempo; 3) el conocimiento biotipológico del trabajador con el triple fin: A) de conocer: 1) las aptitudes físicas y psíquicas; 2) la capacidad; 3) las deficiencias productivas individuales; B) Diagnosticar: 1) las predisposiciones morbosas; 2) las debilidades constitucionales" (Rossi, 1944:662)

De este modo Arturo Rossi vuelva a citar a Pende, a quien le adjudica la frase "Ogni Uomo al suo guisto posto" (Rossi, 1944:670) que, según dice "ha sido siempre un universal desideratum de que cada hombre ocupe el justo lugar que le corresponde en la organización estadual; pero como muy bien dice Pende al formular nuevamente este principio al mundo científico y médico contemporáneo, la realización del mismo sigue siendo hasta el presente una verdadera utopía; es muy posible que hayan conspirado y conspiren todavía contra este ideal supero aquellos ilusorios principios que, como pretendidas conquistas del siglo pasado, tendieran a explicar el concepto de libertad de trabajo de los pueblos; pero más posible aún que la incomprensión haya sido siempre debida más que a sistemas o regímenes jurídicos, a la falta de una orientación científica en la manera de enfocar el trascendente problema que involucra la exacta ubicación del hombre en su justo lugar" (Rossi 1944:671-672).

Todas estas disquisiciones son plasmadas en la "Ficha de Normalidad" que el autor transcribe en la última sección de su libro y que consta de 13 carillas en las cuales se relevan todos las pruebas mencionadas: perceptividad, atención, procesos atencionales, Memoria, Imaginación, sueños, ideación, etc, las cuales son utilizadas para realizar la "Clasificación por el carácter" de acuerdo a los tipos temperamentales de Ribery (amorfos, sensitivos, activo, sensitivo-activo, templado) y los de Ribot, etc.

El Instituto de Orientación Profesional, ahora dirigido desde el Museo Social Argentino por Fingerman, continua con la propuesta originada en la década del 20. Desde aquel entonces la orientación no podía estar desligada de sus condicionamientos sociales y, al igual que su antecesor, Jesinghaus, Fingerman sostiene que "[la profesión] es una función social desempeñada por un individuo determinado" (Fingerman, 1938:7) y para tener éxito en ella "es preciso ser competentes en la especialidad que se ejerce. El obrero hábil goza de mejor salario y se fatiga menos" (Fingerman, 1938:9). El perfil social de la orientación profesional está constituido por las aptitudes en tanto se supone que la sociedad requiere de un individuo apto para su ejercicio, pero para Fingerman la cuestión no se agota allí, ya que remarca un factor subjetivo: la vocación.

Pero todavía, en este momento, este último factor no es tomado en cuenta en los exámenes realizados en el Instituto ya que no es subsumible a los procedimientos objetivos. Por ahora, Fingerman, describe 22 pruebas eslabonadas que se controlan unas a otras. 1) Examen de los sentidos; 2) examen de la capacidad física; 3) exámen de la habilidad manual; 4) Examen de la inteligencia práctica y 5) examen de la inteligencia abstracta y de conocimientos (Fingerman 1938:15).

Una de las aplicaciones que tuvo este tipo de examen fue en 1943 en la selección y destino de candidatos para la Marina de Guerra. En esa oportunidad se confeccionaron 23 pruebas que corresponden a funciones consideradas indispensables para las diferentes especialidades de la Marina de Guerra y eran agrupadas en 5 categorías: 1) capacidad física; 2) habilidad y reacción; 3) inteligencia técnica, 4) inteligencia práctica; 5) inteligencia verbal y abstracta (Fingerman 1975:178). Con los resultados de las pruebas se confecciona un "psicograma profesional" que es, en última instancia, un inventario de las aptitudes psicológicas y fisiológicas requeridas para el ejercicio de una profesión.

Algo similar se ensayó para la compañía Argentina de Electricidad – SEGBA- para la cual se elaboró una ficha en la cual se consignaba un examen psicotécnico y otro semejante fue el utilizado para los alumnos que ingresaban a las escuelas técnicas dependientes del Ministerio de Educación (Fingerman; 1975:181).

Uno de los egresados de la Escuela de Formación de Orientadores Profesionales, Leopoldo Mata, en su artículo titulado *Exploración del rendimiento del trabajo mental y físico en la unidad de tiempo*, 1940, propone la aplicación del psicoergómetro para el registro de la calidad del trabajo físico y mental (Kirsch, 2008). Nótese la inclusión del registro de "trabajo mental" al ya clásico ergómetro que medía, en tiempos de Alfredo Palacios, solamente el trabajo físico.

Con fecha un tanto anterior al trabajo ya citado, Mata propone una Monografía Profesional o Perfil psicofísico para la selección de Agentes de Policía (Mata, 1934) en la cual se relevan desde aspectos biométricos hasta psicológicos en una extensa ficha que contiene 37 puntos. Destacamos los siguientes respetando la numeración original: Examen Psicológico: Atención: 17) Tipo distributivo tanto en espontánea como voluntaria; Voluntad: 28) Actividad volitiva, 29) Rapidez y seguridad reaccional psicomotriz; Tempramento del carácter: 30) equilibrio emotivo, 32) hábito de

subordinación, cumplimiento del deber, disciplina, 37) sentimientos de abnegación, sacrificio personal por el deber.

En el período de "democracia de participación masiva" que va de 1946 a 1955, se recupera la tradición krausista de la década del 20 promovida para la política social del plan quinquenal, lo cual produce que retome su protagonismo el sesgo orientado a lo laboral. Coincidentemente con el ocaso de los laboratorios, que son desmantelados en 1949, los planes quinquenales suponen un proyecto político y económico oficial que imprime a los proyectos institucionales que tienen sede en esta época un alcance nacional. El énfasis se ubica en la función de "orientación" que implica un importante desarrollo institucional en el interior del país: la carrera de Asistente en Psicometría con sede en la Universidad de Cuyo, la carrera de Especialista en Psicología en San Luis, los Auxiliares de Psicotécnica en la Universidad del Litoral y los licenciados en Psicotecnia y Orientación Profesional en Tucumán para mencionar algunos (Rossi, 1995; 1997 a y b; 2001, b y 2005). Emprendimientos, todos ellos que se constituyen en un antecedente relevante de la creación de las Carreras de Psicología.

Para finalizar este escueto recorrido mencionaremos una de las fichas utilizadas en el Departamento de Orientación Profesional dependiente de la Dirección de Psicología Educacional y Orientación Profesional, La Plata, dirigida por Ricardo Moreno. Allí se proponen ya pruebas psicológicas diferenciadas: test de inteligencia y de aptitudes globales, por un lado, y pruebas proyectivas, por otro. Una de las pruebas proyectivas que se mencionan en el documento (Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Educación, 1951:32) consta de 30 frases que el sujeto debe completar. Transcribiremos las siguientes, para mencionar solo alguna de ellas respetando la numeración original: 1) la diversión preferida de Alberto es; 3) la mayor ambición de Luis era que; 6) Juan pensó que en el futuro; 7) si Reinaldo tiene que hacer un trabajo difícil, 16) lo que más temo es; 23) Por propia experiencia Gustavo aprendió que; 30) Darío sentía que sus maestros eran.

Por un general análisis de los documentos hasta este momento relevados, puede comenzar a plantearse una diacronía en la cual, lentamente, los contenidos de los exámenes van incluyendo más aspectos psicológicos por sobre los fisiológicos: desde las mediciones de fatiga física en 1920, hacia la inclusión del trabajo mental en 1940; del ergómetro al psicoergómetro; desde las pruebas fragmentarias tomadas en el

laboratorio, hacia las pruebas “eslabonadas” que muestran mutua dependencia. En fin, se trata de un recorrido que muestra el avance que va desde la psicometría hacia la proyección, desde el énfasis puesto en la aptitud hacia las consideraciones sobre la vocación y, en definitiva, desde la psicoténica hacia el psicodiagnóstico.

Bibliografía.

Fuentes primarias.

FINGERMAN; G (1938). *Instituto de Orientación Profesional. Sus fines y su organización.* Museo Social Argentino, Coni.

FINGERMAN; G (1975): *Psicotécnica y orientación vocacional* (6ta ed). El Ateneo. Buenos Aires. (Primera edición de 1954)

JESINGHAUS, C. (1924): Sobre la creación de un instituto central de orientación profesional en la Capital de la República. *Humanidades*, La Plata, 1921, Tomo 8: pp. 395-400.

JESINGHAUS; C (1927). *La Cooperación de la Escuela Primaria en la Orientación Profesional.* Buenos Aires, Instituto de Psicotécnica y Orientación Profesional.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES, MINISTERIO DE EDUCACIÓN (1951). *Dirección de Psicología Educacional y Orientación Profesional*. *Fines y Organización.* La Plata.

MONTENEGRO; A (1948). Psico-higiene en el Trabajo. En *Archivos de la Secretaria de Salud Pública.* Volumen III, Numero 15. pp. 8-33.

PALACIOS; A. (1922): *La fatiga y sus proyecciones sociales (Investigaciones de Laboratorio en los Talleres del Estado)*. Buenos Aires, Talleres Gráficos Argentinos, Facultad de Ciencias Económicas de la UBA.

ROSSI; A (1944). *Tratado teórico práctico de Biotipología y Ortogénesis.* Buenos Aires, Editorial Ideas.

Fuentes secundarias.

KIRSCH; U. (2008): Criterios psicológicos e indicios de subjetividad en los primeros registros del gabinete psicofisiológico de la Escuela Militar de Aviación (1921 – 1940). En *Actas IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis,* Buenos Aires.

LUQUE; E (2005). La Carrera de Consejero en Orientación Profesional.. *En Psicología en Argentina. Vestigios de Profesionalización Temprana*. Buenos Aires, JVE.

ROSSI; A (1944). *Tratado teórico práctico de Biotipología y Ortogénesis.* Buenos Aires, Editorial Ideas.

ROSSI; L (1995): Historia de las tendencias teóricas. En Rossi, L y Cols. *Psicología: Secuencias Instituyentes de una Profesión (entorno de transmisión).* Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Pp. 193-197.

ROSSI; L (1997, a): Mapas Institucionales en Psicología Pre Profesional en Argentina, 1954 (Relevados en Publicaciones y Congresos). En Rossi y Cols.: *La Psicología antes de la Profesión: El desafío de Ayer: Instituir las Prácticas,* Bs. As. EUDEBA, pp. 23-55.

ROSSI; L. (1997, b): "La Psicología Laboral: un perfil psicotécnico". En Rossi y Cols.: *La Psicología antes de la Profesión: El desafío de Ayer: Instituir las Prácticas,* Bs. As. EUDEBA, pp. 139-173.

ROSSI; L (2001, a). Los socialistas y la psicología: tres momentos en el marco de la cátedra de Psicología Fisiológica y Experimental en la UBA. En Rossi, L y Cols *Psicología: su inscripción universitaria como profesión. Una historia de discursos y de prácticas.* Buenos Aires, EUDEBA.

ROSSI; L (2001, b). Instituciones de psicología aplicada según períodos y cambios demográficos en Argentina. En Rossi, L y Cols *Psicología: su inscripción universitaria como profesión. Una historia de discursos y de prácticas.* Buenos Aires, EUDEBA.

ROSSI; L (2005). *Psicología en Argentina. Vestigios de Profesionalización Temprana*. Buenos Aires, JVE.

Rossi, L. e Ibarra, MF (2008 a): Historias clínicas y fichas. Criterios psicológicos implícitos según campos profesionales y contextos políticos. Argentina 1900-1957. En *IX Encuentro de Historia de la Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires. ISSN:1851-4812.*

Rossi, L. e Ibarra, MF. (2008 b): Registros documentados de la práctica psicológica y nociones de subjetividad implícitas en Argentina (1900-1957) Su articulación con los contextos políticos y áreas preprofesionales. En XV Jornadas de Investigación. Cuarto encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 7, 8 y 9 de Agosto, 2008, Tomo III, pp.339-341 – ISSN-1667-6750.

LA FICHA DE SELECCIÓN PSICOTÉCNICA PARA AGENTES DE POLICÍA PROPUESTA POR LEOPOLDO MATA EN 1934 [6]

Ibarra, Florencia

Resumen.

El presente trabajo constituye un estudio parcial de un trabajo de investigación mas amplio que se propone explicitar las variaciones en el diseño y en el contenido de los protocolos como así también su sistematización de acuerdo a los sesgos pre-profesionales (criminológico, clínico, educacional y laboral). Los distintos tipos de Historias Clínicas y de Fichas constituyen documentos escritos que registran el modo en que las prácticas fueron efectivamente llevadas a cabo y los distintos modos en que han sido pensados los criterios psicológicos. Dichas prácticas, a su vez, no son ajenas a las condiciones políticas y sociales que establecen un marco de posibilidad para los requerimientos institucionales (Rossi e Ibarra, 2008 a, b). Particularmente, esta comunicación tiene por objetivo presentar la ficha psicotécnica propuesta por Leopoldo Mata para la selección de agentes de policía en 1934, la cual se encuentra en consonancia con su formación como Consejero Orientador egresado del Instituto de Orientación Profesional dirigido por Carlos Jesinghaus entre 1928 y 1930.

Palabras clave: Ficha Psicotécnica, selección, 1934, Argentina.

Desarrollo.

Leopoldo Mata fue uno de los 56 egresados de la Escuela de Formación de Consejeros de Orientación Profesional que funcionó desde 1928 hasta 1930 en el Instituto de Orientación Profesional dirigido en ese entonces por Carlos Jesinghaus. Las circunstancias políticas de 1930 produjeron tanto el cierre de la Escuela como el desfinanciamiento del Instituto que debió trasladarse al Museo Social Argentino. Ya en el mismo decreto del Poder Ejecutivo que propiciaba la creación del Instituto, en el año

[6] (2009) X Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*, 10,* pp. 161-168.

1925, se establece que su misión inicial sería “dar una enseñanza complementaria a profesores normales y de enseñanza secundaria y especial que la deseen, preparando, así, aptitudes para la docencia y para regentear institutos oficiales y particulares” (Citado en Kaplan: 1948:68). De esta forma, además de contar un Gabinete Psicotécnico de orientación y selección profesional, el Instituto, se consolida no solo como una institución de prestación de servicios, sino también de formación. Entre los primeros cursos dictados pueden mencionarse el que estuvo a cargo de Fingermann en 1925 titulado “Psicología aplicada a las profesiones” y el que estuvo a cargo de Jesinghaus en 1926 cuyo título era “Introducción a la Psicotécnica Industrial”. En 1928 los cursos se regularizan en pos de una formación sistematizada que contemplaba un plan de estudios de dos años y destinados a quienes, según el mismo Jesinghaus (1929), posean determinadas características personales. El perfil del orientador, que en este caso hace las veces de profesiograma del Consejero, apunta a un hombre de cierta madurez, que disponga de alguna práctica profesional, que posea lo que se denomina “tino psicológico”, habilidad para el trato con la juventud, experiencia pedagógica, don de gente, paciencia e imparcialidad en su criterio, habilidad de expresión, profundo amor a la juventud, voz persuasiva y un semblante que impresione favorablemente (Jesinghaus, 1929,b).

Los estudios sobre la adaptación de la máquina al hombre, producto de la creciente división del trabajo y de la industrialización de la economía, se encuentra entre las múltiples variables que produjeron el viraje de la psicología introspectiva a la psicología práctica o aplicada (Hardy Leahey, 1994:362). Así, las indagaciones sobre las diferencias individuales y las aptitudes humanas tienden “a investigar todo lo que atañe al papel del hombre como ser psicofísico en los procesos de la producción económica” (Jesinghaus, 1929a:8). Sí la ingeniería se basa en la física y en la química experimental, la psicotécnica se fundamenta en la psicología experimental y en la psicología de las diferencias individuales. Para Jesinghaus, esta relación es muy clara: “Al lado de la técnica de los ingenieros se formó la psicotécnica” (1929 c:4).

La psicotécnica objetiva procura que la máquina se adapte lo mejor posible a la naturaleza del hombre y la psicotécnica subjetiva “trata de conseguir que cada obrero, por sus cualidades individuales, esté adaptado con suma perfección a las exigencias de

su trabajo profesional" (Jesinghaus, 1929 b: 8). La dimensión subjetiva de la psicotécnica promueve entonces la doble función del psicotécnico: la orientación y la selección profesional. Si la selección "busca individuos cuyas aptitudes personales los habilitan a cumplir bien los deberes de una determinada profesión" (Jesinghaus, 1929a:9), la orientación busca la profesión adecuada a la naturaleza de cada aspirante. En el primer caso la profesión en cuestión es la constante y el individuo variable, mientras que en el segundo, la personalidad es la constante a tomar en cuenta. Si bien, esta relación hace surgir entre la orientación y la selección una relación de complementariedad, para Jesinghaus no debe ubicárselas en el mismo nivel de intervención. Mientras que la orientación tiene un alcance claramente social, la selección muestra un aspecto más restringido: "La tarea de selección es más limitada. Se hace un estudio exacto de las aptitudes psicofísicas necesarias para el buen desempeño de la profesión determinada, y el examen psicotécnico se contenta con averiguar si los aspirantes que desean ingresar en esta rama profesional reúnen las cualidades personales exigidas o no" (Jesinghaus, 1935:247).

La Ficha presentada por Leopoldo Mata en 1934 es una ficha de **selección** psicotécnica, en la cual realiza un estudio de la profesión basado en el análisis de las aptitudes necesarias para su ejercicio. De este procedimiento, resulta para Mata que de acuerdo a las funciones que recaen sobre el agente de policía pueden diferenciarse cuatro grupos: el agente de facción o vigilancia; el de tráfico; el de investigaciones y el de policía montada. Para cada uno de estos grupos, corresponderán distintos requerimientos. A fin de ponderar el grado necesario de cada uno de ellos, Mata confecciona una escala dicotómica que incluye la variable "normal o buena" (representada en el cuadro con el signo <->) y la variable "muy buena" (representada con el signo <X>), de lo cual resulta el siguiente cuadro:

Aspectos del examen completo	**Clasificación para los agentes de Policía en razón de sus funciones**

Examen biométrico – clínico y fisiológico		Agente de tráfico	Agente de sección	Investigaciones	Policía montada
1	Edad				
2	Talla				
3	Morfología restante				
4	Peso				
8	Índice de robusticidad				
15	Fijeza de pulso				
16	Resistencia a diferencias de temperatura				
EXAMEN PSICOLÓGICO					
	Atención				
17	Tipo distributivo tanto en espontánea como voluntaria	X	X	X	-
18	Rapidez y amplitud perceptiva	X	X	X	X
	Memoria				
19	Proceso mnemónico completo. Tipo preferible: audio-visivo. Memoria especializada para:	-	-	X	-
20	Fisonomía	-	-	X	-
21	Formas	X	-	X	
22	Colores	X	-	-	-
23	Topográficas de lugares	-	-	x	-
24	Examen especial para exactitud de testimonio	-	X	X	-
	Ideación			X	-
25	Proceso ideativo en general	-	-	X	-
26	Juicio práctico; sentido crítico	-	-	X	-
27	**Imaginación**				
	Voluntad				

28	Actividad volitiva	X	X	X	X
29	Rapidez y seguridad reaccional psicomotríz	-	-	-	-
	Temperamento y carácter				
30	Equilibrio emotivo (imperturbabilidad)	X	X	X	X
31	Porte, marcha, gestos, mímica	-	-	-	-
32	Hábito de subordinación, cumplimiento del deber, disciplina	X	X	X	X
33	Hábito de limpieza y orden personal	-	-	-	-
34	Sentimiento de honor	-	-	-	-
35	Veracidad	-	-	-	-
36	Sentimientos familiares y sociales	-	-	-	-
37	Id de abnegación, sacrificio personal por el deber	X	X	X	X

Nos centraremos en el examen psicológico que comienza con la consideración de la **atención**, que es la función psíquica que con mayor detalle desarrolla el autor. Al ser uno de los requerimientos más importantes para la ocupación que se está tratando, Mata considera su exploración discriminada en atención espontánea, voluntaria y rapidez y amplitud de percepción. Es interesante destacar que para la indagación de la concentración y amplitud distributiva de la atención, Mata presenta un test de su autoría. El mismo consta de dos partes. En la primera, se presenta al examinado una grilla que tiene a la izquierda un número seguido de una serie de puntos encolumnados. El sujeto debe proceder a tachar los puntos de acuerdo a la siguiente indicación: “fijarse en la cifra que se indica al comienzo de cada línea. Si es dos, por ejemplo, contar dos puntos y el tercero tacharlo”. Se cronometra el tiempo que ha insumido la tarea. En la segunda parte del test, el procedimiento es el mismo con el agregado de que, sin suspender la tarea, el sujeto debe consignar la cantidad de veces en que ha dejado de funcionar un metrónomo que se introduce a tal fin. La apreciación

del resultado se obtiene e partir de ubicar en una curva de frecuencia confeccionada previamente el cómputo de los errores producidos por el sujeto y el tiempo empleado en la primera y segunda parte de la prueba. Lamentablemente Mata no menciona cómo se confecciona la curva de frecuencia contra la cual se contrasta el resultado del test, aunque en el recorrido de su exposición hace reiteradas referencias a la necesidad de adaptar las técnicas a las condiciones autóctonas de nuestro país y al final del texto hace mención a los sistemas de percentiles y deciles utilizados ya por Claparede y Pieron respectivamente. La misma relación a dichos referentes internacionales pueden suponerse cuando Mata sostiene que a fin de poder obtener resultados correlacionados deben administrarse al mismo sujeto varios test que persigan igual objetivo. Esta es, justamente, una de las características que Claparede plantea para los test profesionales analíticos cuando analiza los métodos utilizados para el diagnóstico de las aptitudes profesionales (Claparede sf:39 y sgtes).[7]

Volviendo a la exposición que estamos desarrollando, continuaremos señalando que para Mata, el análisis de la **memoria** no representa mayores dificultades ya que se cuenta con suficientes test para abordarla (los cuales son desarrollados en el país) y porque esta función no es fundamental para la selección de agentes de policía.

La apreciación del **proceso ideativo** puede realizarse por medio de un interrogatorio directo o por medio de test, optando por este último procedimiento ya que así se posibilita el archivo de las pruebas. Para Mata en este punto, y en referencia a la selección que se trata aquí, debe indagarse particularmente la presencia de "juicio práctico inmediato para la apreciación de hechos", cuestión que no podrá desconocer el nivel socio-cultural del aspirante.

Es interesante el tratamiento otorgado al concepto de **voluntad**, dado que su consideración excede "los procedimientos directos de laboratorio" (pag. 15), pudiendo apreciarse a partir de la reaccionabilidad general del sujeto y complementado con algunos test de "paciencia". La misma dificultad respecto a su capacidad de ser registrada por los mecanismos laboratoriles lo comporta la **emotividad,** la cual, de

[7] Dentro de la clasificación realizada por Claparede, la categoría de test que utiliza Mata corresponde a los llamados test profesionales ("la mayoría de éstos tienen como objetivo el reproducir mas o menos exactamente las mismas operaciones que integran la profesión" (Claparede, sf: 86) bajo la forma de test analítico, es decir, aquel que se obtiene descomponiendo la profesión en sus operaciones elementales (Claparede, sf: 87).

todos modos, puede apreciarse objetivamente de acuerdo a dos procedimientos: las gráficas y el reflejo psico galvánico. Con respecto a las primeras, Mata hace mención a los trazados de grafica cuádruple (pulso carotideo, pletismografía de antebrazo y mano derecha; neumografía y tremógrafo que hace referencia al temblor de la mano izquierda) que registra la reacción a un estímulo sorpresa. Menciona que este procedimiento es el mismo que el que se utiliza en el Gabinete Psicofisiológico de El Palomar, a cargo de Milano y que apunta a registrar el efecto fisiológico que la emoción determina en el complejo nervioso y su acción de reflejo en los ritmos circulatorio, respiratorios, etc. El registro del reflejo psico-galvánico, en cambio, posee la dificultad de determinar de manera anticipada y en forma adecuada la serie de palabras inductoras.

Cuestiones que suponemos bastante importantes para la selección de agentes de policía, tales como la emotividad misma, el habito de subordinación, sentimientos de abnegación, sacrificio personal por el deber, etc., recaen para Mata en pruebas de eficacia muy relativa. En última instancia debe confiarse en cuestionarios y formas de abordaje indirectas que otorgan al "criterio del examinador" un papel por demás importante y lo ubica frente a una tarea de verdadero psicoanálisis (sic, pag. 19). Quizá por esta cuestión prefiere traducir test como "testigo" o "testimonio", más que con la definición de Cattell que apunta a definirlo como un "juicio, examen crítico, criterio, prueba" (pag 19). Debido a este plus que se sobreagrega a la "expresión fría de las cifras" que hace de la misma matemática un concepto "muy relativo a pesar el empleo de fórmulas matemáticas" (pag. 20) Mata concluye que los procedimientos psicotécnicos deben "estar a cargo de especializados para que realmente resulten pruebas capaces de servir para selección u orientación profesional" (pag 20).

Conclusiones.

El recorrido muestra la forma en que el Consejero Orientador Leopoldo Mata traslada la formación recibida en la Escuela de Consejeros Orientadores evidenciando la presencia del los criterios krausistas promovidos originalmente por Jesinghaus. Estos criterios enfatizan entre otras cuestiones, la concepción del sujeto como una unidad indivisible por lo cual las técnicas analíticas, tanto en selección como en orientación, ayudan a estudiar la particularidad de determinados sesgos aptitudinales que luego

deben ser significados en su conjunto. Entiende que los test son testimonios de un sujeto al cual tampoco puede abordárselo sino es en la particularidad del contexto socio-económico al cual pertenece. De ahí su recomendación de desarrollar instrumentos localmente fundamentados.

En un artículo en donde se analiza otra ficha que Leopoldo Mata implementa en esa ocasión en el Comando de Aviación del Ejército Argentino, Kirsch (2008) llega a conclusiones semejantes a las nuestras a partir de estudiar la herramienta denominada por el autor como "*psicoergómetro*". Consecuentemente, es de destacar la actuación de Mata en instituciones tales como la policial y el ejercito, es decir, públicas en consonancia con el precepto de Jesinghaus de situar la orientación profesional en una perspectiva social. Podemos suponer que, una vez que, a consecuencia del golpe de Uriburu en 1930, se le quita apoyo oficial al Instituto de Orientación Profesional y se cierra la Escuela de Formación de Consejeros, sus egresados encuentran en las instituciones vinculadas al ejército y a la policía, generalmente poco permeables a los cambios, un ámbito de inserción adecuado a su formación.

BIBLIOGRAFIA.

Fuentes primarias.

CLAPARADE; Ed. (s/d): *La orientación profesional. Sus problemas y sus métodos*. Madrid : Edic. la lectura

KAPLAN; J (1948). Orientación Profesional. Orientación y selección profesional en la República Argentina. *Revista del Museo Social Argentino,* Año 36, marzo-abril 1948, Números 309-310, pp. 65-73.

JESINGHAUS; C (1929, a). *La Selección y Orientación Profesional en su alcance económico y social*. Buenos Aires, Instituto de Psicotécnica y Orientación Profesional.

JESINGHAUS; C (1929, b). *Las bases científicas de la Orientación Profesional*. Buenos Aires, Instituto de Psicotécnica y Orientación Profesional

JESINGHAUS; C. (1929, c). *La Psicotécnica en el Ejército y en la Armada.* Buenos Aires, Talleres Gráficos Pedemonte.

JESINGHAUS; C. (1935): Orientación y selección profesionales y la prevención de los accidentes del trabajo. En *Anales del Instituto de Psicología*, nro 1, pp.243-256.

Fuentes secundarias.

HARDY LEAHEY, Th (1994). *Historia de la Psicología. Corrientes principales del pensamiento psicológico.* Primera Edición. Debate. Madrid.

KIRSCH; U. (2008): Criterios psicológicos e indicios de subjetividad en los primeros registros del gabinete psicofisiológico de la Escuela Militar de Aviación (1921 – 1940). En *Actas IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis,* Buenos Aires.

ROSSI, L. & IBARRA, MF (2008 a): Historias clínicas y fichas. Criterios psicológicos implícitos según campos profesionales y contextos políticos. Argentina 1900-1957. En *IX Encuentro de Historia de la Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires.*

ROSSI, L. & IBARRA, MF. (2008 b): Registros documentados de la práctica psicológica y nociones de subjetividad implícitas en Argentina (1900-1957) Su articulación con los contextos políticos y áreas preprofesionales. En *XV Jornadas de Investigación. Cuarto encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* 7, 8 y 9 de Agosto, 2008, Tomo III, pp.339-341.

PSICOLOGÍA EN ARGENTINA: CRITERIOS PSICOLÓGICOS EN LOS DISEÑOS DE FICHAS DEL ÁREA LABORAL (1920-1945)[8]

Rossi, Lucía; Ibarra, Florencia; Kirsch, Ursula.

RESUMEN:

El presente trabajo tiene por objetivo analizar los distintos diseños de fichas utilizadas en el área laboral en Argentina desde 1920 a 1945, que hasta ahora han sido relevadas en el curso de la investigación. Este estudio se incluye en un contexto de investigación mas amplio (UBACYT P046) que se propone explicitar las variaciones en el diseño y en el contenido de los protocolos como así también su sistematización de acuerdo a los sesgos pre-profesionales (criminológico, clínico, educacional y laboral). Los distintos tipos de Historias Clínicas y de Fichas constituyen documentos escritos que registran el modo en que las prácticas fueron efectivamente llevadas a cabo y los distintos modos en que han sido pensados los criterios psicológicos. Dichas prácticas, a su vez, no son ajenas a las condiciones políticas y sociales que establecen un marco de posibilidad para los requerimientos institucionales (Rossi e Ibarra, 2008 a, b).

Palabras clave: Fichas, laboral, Historia, Psicología, Argentina.

ABSTRACT:

The aim of this paper is to analyse the psychological criterions of the different sketchs of data cards used in the labor area in Argentina from 1920 to 1945, which were collected during the investigation. This study is included in a larger investigation (UBACyT P046) whose purpose is to determine the changes in the design and the content of protocols as well as their sistematization according to the pre-professional profiles (criminologic, clinical, educational and labor). The different types of Clinical Records and Data Cards are written documents that register the way in which practices were realized and the different ways of defining psychological criterions. At the same

---

[8] (2009). XVI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 16, En prensa

time, these practices are influenced by political and social conditions which establish a context for institutional requirements (Rossi and Ibarra, 2008 a, b).

Key words: Data cards, labor, History, Psychology, Argentina.

Desarrollo.

I. 1920-1930

El perfil agroexportador que adquirió la Argentina de comienzos del siglo XX y el caudal de liquidez consecuente redundó en la construcción de una importante red ferroviaria que conectó los puntos económicos más importantes del país y el flamante subterráneo, todo lo cual la convirtió en el país más avanzado de Latinoamérica (Suriano, 2007). Pero aún así, pésimas condiciones de trabajo, a causa de las extensas jornadas laborales y la exposición a accidentes de trabajo, caracterizaron el clima de malestar social de los trabajadores que se tradujo en huelgas generales, "aplicación del Estado de sitio, la censura de la prensa obrera, y de sus manifestaciones ideológicas (...) la expulsión del país de numerosos dirigentes vinculados al mundo del trabajo y se sancionó la ley de Defensa Social que contemplaba a la Ley de Residencia" (Suriano, 2007:73). Gradualmente el clima de inclusión social propugnada por la ley electoral de 1912, el surgimiento del catolicismo social y la acción de los socialistas, comenzaron a involucrar al Estado en el tratamiento de leyes protectoras de los trabajadores. Aunque fracasado en su momento, el proyecto de Ley Nacional del Trabajo (1904) impulsado por J.V. González y el persistente accionar de Palacios, hacen surgir las primeras leyes laborales, pero hubo que esperar hasta la "intervención personal y directa del presidente Yrigoyen en los conflictos obreros" (Suriano, 2007:77) para asistir al verdadero cambio de rumbo respecto a la política social.

Este viraje produjo que en 1920, en medio de la escena reformista en Buenos Aires, se explicite un cambio conceptual que puso el énfasis en el sesgo laboral en contraposición a los lineamientos clínicos y criminológicos que caracterizaron la primera década del siglo. Aún así, la psicología experimental todavía era

considerada un fundamento válido en las reivindicaciones socialistas de la época, entre las cuales se encuentra la legislación laboral y los derechos del trabajador dada la compatibilidad conceptual entre la concepción naturalista y objetiva de la psicología y la posición materialista del socialismo (Rossi, 2001:102). Los modelos de integración social asumieron dos diseños conceptuales distintos y en cierto punto antagonistas: el de los socialistas y el modelo krausista.

En el ámbito académico, la participación de los socialistas quedó representada por la colaboración de José Alberti a los estudios que realizó Alfredo Palacios sobre la fatiga, cuyo objetivo fue "estudiar al obrero en su mismo medio", "llevar el laboratorio a la fábrica", circunstancias que exigían "dejar de lado las disquisiciones teóricas" (Palacios, 1924: 81-82). Para alcanzar esta meta, el Ministerio de Obras Públicas puso a disposición de Palacios la embarcación "El Pampero" y la Facultad de Filosofía y Letras aportó los aparatos necesarios para realizar la experiencia. El "Plan de Trabajo" presentado por Palacios responde a rigurosos estudios de laboratorio que conllevan en sí mismos una crítica a la concepción de taylorista trabajo. Para Palacios hay que considerar al hombre en su doble dimensión psico-fisiológica y no desde el punto de vista exclusivamente mecánico. Citando, analizando y recreando los principales estudios de Mosso, Von Helmholtz y Wundt, entre otros, diseña e implementa una rutina de estudios que van desde la recolección de orina, ergograma, dinamometría, dinamograma, prosexigrama, mio-estesiometría, estesiometría, cardiograma y pneumograma que serían repetidos tres veces al día a fin de obtener de este modo la curva de fatiga fisiológica.

Paralelamente, fruto de avances técnicos relacionados con la aviación y la I Guerra Mundial, impulsaron los primeros estudios sobre selección de pilotos. Nuestro país estuvo a la vanguardia en este sentido, contándose con un reglamento de selección psicofisiológica a poco tiempo de iniciada la aviación como actividad militar; mas específicamente en 1916, dos años después que Agesilao Milano comenzara a prestar servicios en la Escuela de Aviación Militar de El Palomar. En febrero de 1922 Milano creó el Gabinete Psicofisiológico de El Palomar, primero en su tipo en América del Sur y según la indicación del Director

del Servicio Aeronáutico del Ejercito general Mosconi de redactar la primera reglamentación para la selección y control de pilotos (Biedma, 1961). A tal fin, Milano solicitó al ingeniero Edmundo Lucius, que en esos momentos se hallaba en Italia, un presupuesto para diversos aparatos destinados a exámenes psicofisiológicos, los cuales en partes fueron adquiridos y formaron parte del Gabinete. Un año después de instalar el Gabinete, 1923, Milano designó un ayudante para que concurriera a la Facultad de Filosofía y Letras con el objetivo de estudiar Psicología Experimental en la cátedra del Profesor Mouchet. Fruto de estas acciones, en 1928 se redactó el primer reglamento de examen médico-aeronáutico de que se tiene conocimiento en nuestro país. En "Examen médico de los aviadores – Cómo se practica en el Gabinete Psico-Fisiológico" publicado por la Dirección General de Aeronáutica del Ejercito y redactado por Milano, dice:

> En realidad, para conducir los aparatos de aviación moderna es necesario poseer un organismo lo más perfecto posible y dotado de las mejores cualidades del espíritu; estas cualidades, lo repetimos, se han establecido por medio del estudio de la psicología y la fisiología del vuelo. Por eso se ha llegado en general a optar por un temperamento que podríamos llamar intermedio entre las dos tendencias antes mencionadas, es decir, dando toda la importancia que tiene el examen somático sin dejar de tener en cuenta muy especialmente el examen psicofísico, eligiendo en ambos campos los métodos que a manera de verdadero test sirven para revelarlos la fisonomía anatómica, fisiológica y psíquica de los sujetos observados. Tal es el criterio que seguimos en el Gabinete Psicofisiológico de la Dirección General Aeronáutica, criterio que hemos adoptado después de numerosos estudios y 1.000 examenes efectuados a nuestro personal navegante militar, naval y civil. (Milano, 1928)

En el texto mencionado y del cual extrajimos la cita consignada se registra el Cuadro Sintético incorporado al Manual o Reglamento editado en 1928, describiéndose en él la forma y cometido de los aparatos que intervenían en

dichos exámenes destinados a seleccionar y detectar las aptitudes de los aviadores. Los exámenes que numéricamente ordenados debían satisfacer los aviadores observados eran los siguientes: I) Interrogatorio sobre a) antecedentes personales, deportivos, hereditarios, patológicos; b) accidentes y traumatismos sufridos; c) hábitos de alcohol o tabaco. Los exámenes referidos a los puntos del 2 al 30 son eminentemente somáticos y apuntan a registrar y evaluar datos sobre: peso y medidas, aparato respiratorio, cardiovascular, sistema nervioso, función visual, examen otorrinolaringológico, etc. Los restantes, del 31 al 34 son los que constituyen el examen psíquico y que indagan sobre la actividad psicomotríz (tiempos de reacción), atención y memoria (concentración y fluctuación de la atención; extensión de la atención; rapidez de la percepción; memoria y reacciones psico-motrices para la cual se utilizaba en registrador mental del Prof. Alberti y del Dr. Mó), resistencia a los estímulos emotivos (para los cuales se registraba el pletimosgrama del antebrazo, el pulso carotídeo con doble cápsula, pneumograma y registros del temblor).

El panorama de la década se completa con la convocatoria al Congreso Nacional del Trabajo que se reunió en Rosario en 1923, del cual surgió la necesidad de "un examen sanitario obligatorio y masivo que estudie la condición de los trabajadores y provea criterios de orientación laboral en relación a la oferta existente" (Rossi, 2001, a:104). La línea krausista estuvo representada por Carlos Jesinghaus y desde el Instituto Central de Psicotécnica y Orientación Profesional propuso un modelo un tanto diferente al de Palacios, sostenido desde la línea sensualista francesa, y que otorga contenido institucional a las máximas expresada en dicho Congreso. Así, el Instituto de Orientación Profesional se propuso orientar y compatibilizar la vocación y la aptitud con los aspectos socio-económicos de las profesiones. La Psicotecnia se perfiló entonces como una herramienta para la distribución del potencial humano del país, con el fin de generar mayores posibilidades en la producción de riquezas (Luque, 2005:80).

En 1924, Jesinghaus sostuvo que en el ICOP se realizarían las orientaciones profesionales tomando en cuenta la idoneidad corporal; la vocación espiritual; la situación económica del joven y de su familia; y, por último la situación del

mercado de trabajo y sus futuras perspectivas (Jesinghaus, 1924:395). El modelo, además de considerar las aptitudes (idoneidad corporal), también se consideró la vocación y el marco socio económico de inserción de la profesión en un momento dado (Ibarra, 2009,a). Esta múltiple determinación le permitió realizar una afirmación fuerte: "el trabajo de acuerdo con las capacidades no produce tanta fatiga" (Jesinghaus, 1924:397). También le posibilitó, en 1927 plantear que:

> "Pero aunque un psicólogo experimentado podrá sacar de los ´test´ ciertas conclusiones también sobre las cualidades morales, a base del modo de trabajar del individuo (los mismos ´test´ son pruebas de trabajo), nunca estas observaciones fragmentarias recogidas en breves horas y bajo circunstancias especiales, podrán reemplazar los datos de un estudio prolongado y en tan diferentes situaciones, como es posible realizarlo en la escuela. No cabe duda de que sería el ideal, si el consejero de orientación pudiera disponer de tal fuente completa como sería una libreta escolar conteniendo toda la historia del niño con los datos de las observaciones sistemáticas del medio escolar y del cuerpo de profesores, con una sólida preparación psicológica. Sería perfecto el retrato psicofísico del alumno, y una base óptima para la obra de orientación". (Jesinghaus, 1927:10).

Esta selección de citas muestra rotundamente la posición krausista de Jesinghaus, que se tradujo en una especie de romanticismo alemán en lo económico, sumado a una concepción holística de "las cualidades morales" que, en ultima instancia, lo llevaron a criticar el estudio analítico de las funciones psíquicas. Así, Jesinghaus mostró las limitaciones de las observaciones fragmentarias y analíticas recogidas "bajo circunstancias especiales", es decir en el laboratorio. Comienza así a fundarse en nuestro país el campo de la Psicotécnica que si bien tiene a la Psicología de laboratorio como su antecedente directo, se diferencia rápidamente de ella en algunos puntos esenciales. Desde sus inicios, cuya paternidad se reparte entre William Stern y Hugo Münsterberg, la psicotécnica se propone como una aplicación práctica de la psicología y más específicamente como la

psicología aplicada al área laboral a partir del examen científico de las aptitudes individuales para las profesiones. Nótese que estos autores no hablan de "trabajo" sino de "profesiones", cuestión que también marca una ruptura con las posiciones mecanicista y analíticas que suponía en esa época la concepción taylorista de trabajo.

El contenido crítico al modelo taylorista que inspiraron tanto a la posición de Palacios como la de Jesinghaus, también fue compartido en la misma época por el médico Houssay quien en una conferencia dictada para la Sección Higiene Social del Museo Social Argentino, el 22 de septiembre de 1928, sostuvo en que los factores psíquicos personales que intervienen en el rendimiento laboral son varios y que el trabajo resulta mejor y produce menos fatiga si hay interés artístico o económicos de hacerlo bien y que las preocupaciones sociales o políticas también influencian el trabajo (Boletín UMSA,1929). Nuestro país, entonces, fiel a su tradición conceptual europea se opuso a la línea americana taylorista. Si bien hasta ahora hemos señalado algunas diferencias entre las posturas de tinte francés y las alemanas, ambas confluyen y acuerdan en diferenciarse del taylorismo.

II. 1930-1945

El marco político, económico y social del periodo del participación restringida que se extendió desde 1930 hasta 1945, produjo que la problemática social fuera abordada más desde los criterios asistencialistas de la medicina social (Rossi 2001, b: 149) que desde la perspectiva laboral. El rol de contención social se le otorgó ahora a la medicina que lo enfocó mediante criterios biotipológicos y de higiene (Rossi, 2005,a:94).

Leopoldo Mata fue uno de los 56 egresados de la Escuela de Formación de Consejeros de Orientación Profesional que funcionó desde 1928 hasta 1930 en el Instituto de Orientación Profesional dirigido en ese entonces por Carlos Jesinghaus. Las circunstancias políticas de 1930 produjeron tanto el cierre de la Escuela como el

desfinanciamiento del Instituto que debió trasladarse al Museo Social Argentino. Leopoldo Mata en 1934 presentó una ficha de selección psicotécnica para agentes de policía, en la cual realiza un estudio de la profesión basado en el análisis de las aptitudes necesarias para su ejercicio. Esta forma de proceder es propia de la psicotécnica, que realiza un profesiograma primero, a partir de la determinación de las aptitudes necesarias para el ejercicio de una profesión y lo compara posteriormente con los resultados de la aplicación de técnicas a los candidatos. Un estudio pormenorizado de la estructura y el contenido de la ficha (Ibarra, 2009,b) muestra la forma en que el Consejero Orientador Leopoldo Mata traslada la formación recibida en la Escuela de Consejeros Orientadores evidenciando la presencia del los criterios krausistas promovidos originalmente por Jesinghaus. Entre estos criterios podemos mencionar la concepción del sujeto como una unidad indivisible, por lo cual, las técnicas analíticas, tanto en selección como en orientación, ayudan a estudiar la particularidad de determinados sesgos aptitudinales que luego deben ser significados en su conjunto. Entiende que los test son productos de un sujeto al cual tampoco puede abordárselo sino es en la particularidad del contexto socio-económico al cual pertenece. De ahí su recomendación de desarrollar instrumentos localmente fundamentados, cuestión en la que pone el énfasis reiteradas veces.

Unos años después Mata vuelve a plantear la misma dirección conceptual en la que diferencia los dos aspectos de la Psicotécnia: la orientación y la selección profesional (Mata,1938,a) y donde concibe al hombre como unidad funcional indivisible, a la que los artificios del laboratorio fragmentan. Si bien el análisis permite distinguir y clasificar la normalidad y la disfunción, luego debe restituirse la unidad funcional, cuestión que el autor enfatiza a partir del concepto de “correlación funcional” (Kirsch, 2008). Ese mismo año, Mata publica otro artículo llamado “La psicocronometría en exámenes para aviadores” (Mata, 1938,b) que se encuentra en la misma línea conceptual que hemos expuesto hasta aquí. Esta afirmación se verifica en la siguiente cita:

> Ninguna manifestación de la labor humana puede concebirse fuera del radio de alcance de la psicotécnica, ya que ésta estudia en cada trabajo o profesión: de parte del factor humano, su aspecto fisiológico y psicológico en su adecuación o contraindicaciones; con respecto al trabajo o profesión

> en sí mismas las características íntimas dentro de las diferentes solicitaciones que pueda ofrecer; del punto de vista económico, posibilidades del mercado (oferta y demanda) inmediatas o mediatas. (Mata, 1938,b: 810-811).

En 1940 Leopoldo Mata implementa en el Comando de Aviación del Ejército Argentino, la herramienta denominada por él mismo como "*psicoergómetro*" en cuyo análisis pormenorizado Kirsch (2008) también muestra el objetivo de mata de estudiar la correspondencia individual entre el trabajo físico y el mental en la unidad de tiempo, haciendo intervenir la totalidad de las vías nerviosas aferentes y eferentes en la inervación de todos los miembros obteniendo así un seguimiento de la globalidad funcional (Kirsch, 2008).

Consecuentemente, es de destacar la actuación de Mata en instituciones tales como la policial y el ejército, es decir, públicas, en consonancia con el precepto de Jesinghaus de situar la orientación profesional en una perspectiva social. Si apreciamos el curso histórico de esta línea conceptual, podemos suponer que, una vez que, a consecuencia del golpe de Uriburu en 1930, se le quita apoyo oficial al Instituto de Orientación Profesional y se cierra la Escuela de Formación de Consejeros, sus egresados encuentran en las instituciones vinculadas al ejército y a la policía, generalmente poco permeables a los cambios, un ámbito de inserción adecuado a su formación (Kirsch, 2008). Si en la década del 20 el sesgo laboral hubo tomado las dimensiones superlativas que el contexto socio-político le permitía y favorecía, en esta década su participación queda minimizada en el ámbito privado, como veremos a continuación, o bajo la tutela de instituciones conservadoras. Más adelante, durante el peronismo, la escena vuelve a ser favorable a este sesgo y ya ha sido estudiada (Rossi, 1997 y 2005,b) la forma en que el diseño de Jesinghaus es directamente replicado en Tucumán por Benjamín Aybar.

El Instituto de Orientación Profesional propiamente dicho, ahora dirigido desde el Museo Social Argentino por Fingermann, continua con la propuesta originada en la década del 20 pero relegada al ámbito de lo privado. Desde aquel entonces,

como ya lo hemos señalado, la orientación no podía estar desligada de sus condicionamientos sociales y, al igual que su antecesor, Jesinghaus, Fingermann sostiene que "[la profesión] es una función social desempeñada por un individuo determinado" (Fingermann, 1938:7) y para tener éxito en ella "es preciso ser competentes en la especialidad que se ejerce. El obrero hábil goza de mejor salario y se fatiga menos" (Fingermann, 1938:9). El perfil social de la orientación profesional está constituido por las aptitudes en tanto se supone que la sociedad requiere de un individuo apto para su ejercicio, pero para Fingermann la cuestión no se agota allí, ya que remarca un factor subjetivo: la vocación. Pero todavía, en este momento, este último factor no es tomado en cuenta en los exámenes realizados en el Instituto ya que no es subsumible a los procedimientos objetivos. Por ahora, Fingermann, describe 22 pruebas eslabonadas que se controlan unas a otras. 1) Examen de los sentidos; 2) examen de la capacidad física; 3) examen de la habilidad manual; 4) Examen de la inteligencia práctica y 5) examen de la inteligencia abstracta y de conocimientos (Fingermann 1938:15).

Al igual que Mata, las aplicaciones del examen diseñado por Fingerman son utilizados en 1943 en la selección y destino de candidatos para la Marina de Guerra. En esa oportunidad se confeccionaron 23 pruebas que corresponden a funciones consideradas indispensables para las diferentes especialidades de la Marina de Guerra y eran agrupadas en 5 categorías: 1) capacidad física; 2) habilidad y reacción; 3) inteligencia técnica, 4) inteligencia práctica; 5) inteligencia verbal y abstracta (Fingermann 1975:178). Con los resultados de las pruebas se confecciona un "psicograma profesional" que es, en última instancia, un inventario de las aptitudes psicológicas y fisiológicas requeridas para el ejercicio de una profesión.

Algo similar se ensayó para la compañía Argentina de Electricidad – SEGBA- para la cual se elaboró una ficha en la cual se consignaba un examen psicotécnico y otro semejante fue el utilizado para los alumnos que ingresaban a las escuelas técnicas dependientes del Ministerio de Educación (Fingermann;1975:181).

Además de lo que ha persistido de la línea krausista, el panorama respecto al abordaje laboral es muy diferente. Allí la biotipología es la línea teórica

predominante. Para Fernández Verano (1938) la medicina social es aquella que "concibiendo al conglomerado social como un solo organismo, aplica a las enfermedades sociales remedios exclusivamente sociales" (p. 13) y, por supuesto, para el autor, la tarea fundamental de tal enfoque lo constituye el higienismo. Apoyándose en criterios eugenistas, Fernández Verano desarrolla un plan de previsión que consta de varias acciones; todas ellas "tendientes a evitar las degeneraciones y mantener y aún mejorar las condiciones biológicas de la especie humana" (p.17). Así debe comenzarse con la puericultura preconcepcional, luego la puericultura intrauterina, la puericultura de la infancia, siguiendo con la educación sexual en la adolescencia y por ultimo, la higiene del trabajo para el hombre maduro.

Siguiendo esta misma línea en 1944 Arturo Rossi se propone "describir los diferentes aparatos y técnicas que la Biotipología pone al servicio de la psicología experimental y de la Psicotécnica, bases de la Orientación Profesional" (Rossi, 1944:503). Describe allí los distintos aparatos utilizados por Pende, Vidonde y Tamburri en Italia para realizar exámenes de fuerza y movimiento. Las cuestiones relativas a la orientación y selección profesional quedan ubicadas sobre una base biotipológica, con escasa presencia de contenido psicológico.

III. Conclusiones.

La escena socio-política de la década que va de 1920 a 1930 favorece la proliferación de propuestas que apuntan a atender las problemáticas laborales. En este contexto, la psicología se presenta como una herramienta que puede otorgar fundamentos científicos al estudio sobre la perspectiva laboral. Dichos estudios adquieren dos perfiles conceptuales distintos y en cierto punto antagonistas: el de los socialistas y el modelo krausista.

La perspectiva teórica de los socialistas queda doblemente representada: primero por los estudios que realiza Palacios y por la colaboración que Alberti presta a dicho desarrollo, y segundo por la línea teórica que Milano otorga a la construcción del Gabinete Psico-Fisiológico de El Palomar.

La línea krausista estuvo representada por Carlos Jesinghaus, quien desde el Instituto Central de Psicotécnica y Orientación Profesional propuso un modelo un tanto diferente al de Palacios.

La posición krausista de Jesinghaus lo condujo a criticar el estudio analítico de las funciones psíquicas mostrando las limitaciones de las observaciones fragmentarias y analíticas recogidas en el laboratorio. Esta bifurcación muestra la forma particular en que en nuestro país comienza a fundarse el campo de la Psicotécnica, que si bien tiene a la Psicología de laboratorio como su antecedente directo, se diferencia de ella en cuanto a su aplicación práctica.

Más allá de sus diferencias, ambas líneas coinciden en criticar el modelo taylorista que conciben como analítico, mecanicista y despreocupado por el hombre.

El panorama socio-político del período comprendido entre 1930 y 1945 reduce notablemente la participación del Estado en temas relacionados al trabajo. Se verifica en cambio un énfasis puesto en el área higienista, direccionado ahora a lo social.

La línea krausista de Jesinghaus queda reducida a la participación del ICOP en el Museo Social Argentino y a la actuación de Leopoldo Mata en el Ejército y en la Policía. La perspectiva histórica de esta línea conceptual muestra que si en la década del 20 el sesgo laboral hubo tomado las dimensiones superlativas que el contexto socio-político le permitía y favorecía, en esta década su participación queda minimizada en el ámbito privado o bajo la tutela de instituciones conservadoras. Más adelante, durante el peronismo, la escena vuelve a ser favorable a este sesgo y ya ha sido estudiada (Rossi, 1997 y 2005,b) la forma en que el diseño de Jesinghaus es directamente replicado en Tucumán por Benjamín Aybar.

Por fuera de esta pervivencia, la biotipología aplicada al área laboral es la línea teórica predominante. Fernández Verano y Arturo Rossi han sido los representantes más destacados de esta perspectiva. Para estos autores las cuestiones relativas a la orientación y selección profesional quedan ubicadas sobre una base biotipológica, con escasa presencia de contenido psicológico.

Referencias Bibliográficas:

Fuentes Primarias:

BIEDMA; R.A.M. (1961): "Primera realización de Aviación Sanitaria en el país", en *Revista Nacional Aeronáutica y Espacial,* XXX, Nro 224, p. 41.

BOLETÍN UMSA (1929) Conferencia para la sección de Higiene Social del 22 de septiembre de 1928, Año 1929, Entrega 82, Abril.

FERNANDEZ VERANO, A (1938). *Para una patria grande un pueblo sano: medicina social, eugenesia, protección maternal, puericultura, educación sexual, higiene del trabajo, tuberculosis, enfermedades venéreas, alcoholismo, paludismo, lepra, peste, otras enfermedades.* Buenos Aires, Talleres Gráficos Compañía General Fabril Financiera.

FINGERMANN; G (1938). *Instituto de Orientación Profesional. Sus fines y su organización.* Museo Social Argentino, Coni.

FINGERMANN; G (1975): *Psicotécnica y orientación vocacional* (6ta ed). El Ateneo. Buenos Aires. (Primera edición de 1954).

JESINGHAUS, C. (1924): Sobre la creación de un instituto central de orientación profesional en la Capital de la República. *Humanidades*, La Plata, 1921, Tomo 8: pp. 395-400.

JESINGHAUS; C (1927). *La Cooperación de la Escuela Primaria en la Orientación Profesional.* Buenos Aires, Instituto de Psicotécnica y Orientación Profesional.

MATA, L (1938,a) Examen psíquico funcional en la orientación y selección profesional. En *Revista de la Sanidad Militar*, Buenos Aires, Marzo de 1938.

MATA; L: (1938,b). La Psicocronometría en exámenes para aviadores. En *Revista de la Sanidad Militar*, Año XXXVII, Septiembre de 1938.

MILANO; A. (1928): *Gabinete Psicofisiológico: Examen médico a los aviadores. Cómo se practica en dicho Gabinete*. Buenos Aires, Taller Gráfico de la Escuela Superior de Guerra. Ejército Argentino.

PALACIOS; A. (1924): *La fatiga y sus proyecciones sociales (Investigaciones de Laboratorio en los Talleres del Estado)*. Buenos Aires, Talleres Gráficos Argentinos, Facultad de Ciencias Económicas de la UBA.

ROSSI; A (1944). *Tratado teórico práctico de Biotipología y Ortogénesis.* Buenos Aires, Editorial Ideas.

Fuentes Secundarias:

IBARRA; M.F. (2009,a). "Relevamiento de fichas, protocolos y documentos con prácticas psicológicas utilizados en el area laboral tendiente a la construcción de una genealogía conceptual: Argentina 1920-1955". En Actas del I *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 6, 7 y 8 de Agosto de 2009 – Facultad de Psicología – UBA.

IBARRA; MF (2009,b). "La ficha de selección psicotécnica para agentes de policía propuesta por Leopoldo Mata en 1934". En X Encuentro de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, Octubre, San Luis. Publicado en Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis Volumen 10 (2009), pp. 161-168.

KIRSCH; U. (2008): Criterios psicológicos e indicios de subjetividad en los primeros registros del gabinete psicofisiológico de la Escuela Militar de Aviación (1921 – 1940). En *Actas IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis,* Buenos Aires.

LUQUE; E. (2005). La Carrera de Consejero en Orientación Profesional.. *En Psicología en Argentina. Vestigios de Profesionalización Temprana*. Buenos Aires, JVE.

ROSSI; L. (1997): "Nueva fundación del Instituto de Psicotecnia en Tucumán. Entrevista al Prof. Jorge Bianchi". En Rossi y Cols.: *La Psicología antes de la Profesión: El desafío de Ayer: Instituir las Prácticas,* Bs. As. EUDEBA, pp. 166-173.

ROSSI; L (2001,a). Genealogía de tradiciones conceptuales en psicología, su valoración en el marco político, social e institucional y su impacto en la conformación de la identidad profesional. En Rossi, L y Cols *Psicología: su inscripción universitaria como profesión. Una historia de discursos y de prácticas.* Buenos Aires, EUDEBA.

ROSSI; L (2001,b). Los socialistas y la psicología: tres momentos en el marco de la cátedra de Psicología Fisiológica y Experimental en la UBA. En Rossi, L y Cols *Psicología: su inscripción universitaria como profesión. Una historia de discursos y de prácticas.* Buenos Aires, EUDEBA.

ROSSI; L (2005,a). *Psicología en Argentina. Vestigios de Profesionalización Temprana*. Buenos Aires, JVE.

ROSSI; L (2005,b): Los licenciados en Psicotecnia. Universidad de Tucumán (1950). *En Psicología en Argentina. Vestigios de Profesionalización Temprana*. Buenos Aires, JVE.

ROSSI, L; IBARRA, MF (2008 a): Historias clínicas y fichas. Criterios psicológicos implícitos según campos profesionales y contextos políticos. Argentina 1900-1957. En *IX Encuentro de Historia de la Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires.*

ROSSI, L; IBARRA, MF. (2008 b): Registros documentados de la práctica psicológica y nociones de subjetividad implícitas en Argentina (1900-1957) Su articulación con los contextos políticos y áreas preprofesionales. En *XV Jornadas de Investigación. Cuarto encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* 7, 8 y 9 de Agosto, 2008, Tomo III, pp.339-341.

SURIANO; J. (2007). *El largo camino hacia la ciudadanía social.* En Susana Torrado (Comp.) Población y Bienestar en la Argentina del primer al segundo centenario (2 Tomos). Bs. As. Edhasa: 69-95. Tomo I.

INICIOS DE LA CLÍNICA INFANTIL. TELMA RECA: CONSULTORIO DE HIGIENE MENTAL INFANTIL. HOSPITAL DE CLÍNICAS[9]

Rossi, Lucia

Inicios de la clínica infantil. Telma Reca: Consultorio de Higiene mental infantil. Hospital de Clínicas

Dra. Prof. Lucia Rossi
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

[9] (Power Point) Presentación realizada en Congreso APSA, Mar de del Plata, marzo de 2010.

Objetivos

- Rastrear las fuentes originales que inspiran diseños formales de relevamientos de datos buscando explicitar nexos de derivación y dependencia.
- Delinear Antecedentes de la clínica de la Dra. Telma Reca. Comparación. Búsqueda de coincidencias, similitudes, paralelismos y diferencias.
- Dar cuenta de la especificidad de su labor en la clínica de niños.
- Superposición, independencia, vigencia de modelos.

Metodología

- **Análisis de discurso:**

- Cruces transversales, comparando diferentes lógicas intradiscursivas y diseños.
- Perspectivas longitudinales, derivaciones genealógicas, cambios sutiles, atenuados, por diferencia de contexto histórico y de géneros.

Antecedentes

- Ciampi década del 20' (Rosario)
- Esquela biográfica (1924-1929)
- Ficha Psicológica. Tribunal de menores, 1927
  - Diagnóstico psicológico
  - Pronóstico (educabilidad, peligrosidad)
  - Tratamiento (higiénico, Terapéutico, Pedagógico, Ortopédico mental, Higiénico mental, Orientación vocacional.
- Depósito de Menores de la Policía Federal (1915- 1929)

Todo tipo de población en preferencia infantil. De aplicación masiva en Instituciones penitenciarías, hogares de menores. Especialmente en Menores.

Antecedentes
Ficha médico-legal, 1915- 1929

- **Institución: Policía Federal, Sección Menores, División Judicial, Servicio Médico Legal**

- Antecedentes de la familia
- Antecedentes del menor. Descripción física, edad.
- Antecedentes del ambiente
- Instrucción
- Facultades intelectuales
- Psicometría: Escala por puntuación de Yerkesbridges. Edad mental: Pruebas: Dibujos- completar, copiar, recordar; memoria de números- orden inverso; frases- repetir, definir objetos, escribir y comprender, analogías, comparaciones, ordenar. 20 ítems. Juicio y razonamiento
- Reincidencia y conclusiones: internación en la Colonia Gándara para aprender un oficio

Comparaciones

- **Similitudes:**
  - Descripciones minuciosas, detalladas
  - Clasificación y diagnóstico
  - Intencionalidad de derivación (altas o institucionalización)
  - Importancia contenida a la "emocionalidad"

- **Diferencias:**
  - Focalizada en población infantil. Para resolver problemas legales de minoridad: derivación institucional
  - Se incluye evaluación de facultades intelectuales

Leo Kanner, Child Guidance Clinics, U. John Hopkins

- **Historia clínica:** instrumento de trabajo, orientadora. Tres enfoques:

- 1. **Problema y estado actual del niño**. Enfermedad actual, motivo de consulta. Antecedentes familiares. **Niñez de los padres**. Vínculos intrafamiliares

- 2. **Historia personal**. Etapas del desarrollo, alimentación, lenguaje, juego. Enfermedades. **Desempeño cotidiano**

- 3. **Historia continua**: consideración íntima y de vida de relación durante el tratamiento. (psicoterapia)

Telma Reca 1934

- **Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires.**
- Consultorio de Higiene Mental Infantil (hasta 1941).
- Centro de Psiquiatría y Psicología (hasta 1960)

- **La HC Concebida como:**
- Un instrumento en sí mismo
- Guía de la clínica, función orientadora.
- Central para el tratamiento

- **El equipo que conforma la HC:**
- un psicólogo
- un psiquiatra
- un historiador (psicólogo, médico o trabajador social)
- Optimiza el tiempo: se entrevista a la madre y al niño por separado en el mismo momento

Historias Clínicas, Telma Reca 1934

- **Historia Clínica:**
  - Entrevista interdisciplinaria con la madre

- **Historia del niño:** problema, conflictos, emociones, estado actual, motivo de consulta, antecedentes patológicos, desarrollo de 1ª y 2ª infancia. Rasgos de Personalidad.
  - dinámica de las fuerzas que actúan sobre el niño
  - busca retomar la evolución la armonía funcional.

- **Historia de la familia:** (padres y hermanos) enfermedades, patologías actuales y pasadas.
  - relevamientos ambientales:
    - familiar, relaciones entre los miembros
    - vivienda, medio en que vive el niño
- **Examen clínico- médico**
- **Examen psíquico**
- **Análisis del caso y factores causales del problema**
- **Tratamiento e indicaciones**
- **Evolución**

Derivaciones discursivas

- **Similitudes.**

- El rol orientador y de guía de la historia clínica como instrumento
- El valor de la HC en el trabajo con el paciente y la familia
- La entrevista inicial debe darse en un clima ameno
- Preguntas semi-estructuradas
- Considerar la angustia de los padres.

Derivaciones discursivas Diferencias

- **Reca**

- Focalizada en la familia nuclear.
- Entrevista interdisciplinaria con los padres
- Importancia del análisis de las características físicas del niño-sin examen médico previo, no es atendido

- **Kanner**

- Pregunta sobre la familia extensa (abuelos, tíos)
- Importancia en explorar la infancia de los padres. (si fueron felices)

Historia clínica, Reca 1967 – 1979. Inscripción universitaria. Tradición en el Clínicas hoy

- **Centro de Estudios y Asistencia Médico-Psicológica de la Niñez y Adolescencia**

- Fundado por Reca y colaboradores en 1967.
- Institución privada (formaba médicos, psicólogos y psicopedagogos)
- Continúa su trabajo clínico
- Propone cinco guías de análisis.

Guía para el análisis de la HC

- I. **Medio familiar y social** (composición, relaciones interpersonales, actitud respecto del embarazo, actitud educativa)
- II. **Condiciones y conducta del niño en el pasado, de acuerdo a su historia** (nacimiento y desarrollo)
- III. **Ingreso al Jardín de Infantes o Escuela**. Curso de escolaridad (conducta, adaptación, rendimiento)
- IV. **Personalidad y conductas actuales**. Según la madre.
- V. **Impresión del entrevistador sobre la personalidad de los padres.**
- VI. **Análisis de la sintomatología** (cronológicamente, comienzo, circunstancias, evolución)
- VII. **Conclusiones**

Guía de Observación de la conducta

- I. **Apariencia física** (descripción)
- II. **Conducta motriz** (del propio cuerpo y en movimientos dirigidos hacia los objetos)
- III. **Relaciones interpersonales** (conducta hacia la madre y hacia el entrevistador)
- IV. **Actividad intelectual** (atención, dispersión, modo de resolución de problemas, lenguaje, comprensión)
- V. **Actitud hacia el material y la situación de prueba**, test (aceptación, interés, seguridad)
- VI. **Actitud hacia la finalización de la entrevista**. (aceptación, rechazo, despedida)

Guía de análisis para la entrevista de juego

- I. **Considerar los cuatro primeros ítems de la "guía de observación de la conducta"**
- II. **Análisis de la entrevista de juego**
  - Características personal-sociales en la entrevista de juego (elección espontánea, interés hacia objetos, dramatización, interés exploratorio, etc.)
  - Situaciones conflictivas en la entrevista de juego. (aparición inmediata, espontánea, comunicación verbal)
- III. **Conclusiones posibles**
  - Juicio sobre la madurez evolutiva (nivel intelectual, de organización, emocional, social)
  - Juicio sobre la naturaleza de conflictos y la estructura de la personalidad

Guía para la confección del Informe Psicológico

- Dirigido a un profesional especializado
- I. **Datos informativos** (datos de identidad, datos del examen, motivo de consulta)
- II. **Datos de la Historia** (medio y familia, desarrollo psicomotor, salud, vida social y afectiva, escolaridad)
- III. **Exploración Psicológica** (caracterización de la conducta, evaluación intelectual y de la personalidad)
- IV. **Dinámica total de la personalidad** (hipótesis explicativa de la problemática)
- V. **Conclusiones** (inferencias diagnósticas)
- VI. **Recomendaciones** (ordenadas según su importancia y fundamentarlas)

Psicoterapia. Elementos a considerar

- I. **Aspectos informativos** (diagnóstico, familia, interacción)
- II. **Juicio sobre los orígenes y las motivaciones de la conducta patológica en el presente y pasado**
- III. **Plan terapéutico total** (función de la psicoterapia)
- IV. **Finalidades de la psicoterapia** (resolver conflictos, restaurar el desarrollo, promover la adaptación al medio)
- V. **Técnicas** (tendientes a la liberación de emociones, elaboración de conflictos, maduración y readaptación)
- VI. **Relación Terapéutica** (adecuada a la edad, cuadro, personalidad y circunstancia del paciente)

Algunas aproximaciones conclusivas

- **Historias Clínicas de Telma Reca (ambas instituciones)**:

- Se encuentra presente la importancia de:
  - El medio familiar y social
  - El estudio de la personalidad (descripción, rasgos, características, evaluación, estructura y dinámica)
  - La relación paciente-terapeuta (afectiva y cálida)
  - La psicometría y pruebas proyectivas

- Son fundamentales para:
  - la investigación en psicoterapia.
  - el tratamiento

Bibliografía

- "Dr Gaetan Clerambault (1872-1934)Maestro de L'infermerie. Certificaterur"(1995),Madrid, Extra Editorial
- Anales del Instituto de Pediatría y Puericultura, Tomos 1935 a 1941, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, UBA.
- Kanner, L; Harold, K (1927). La Psiquiatría infantil, clasificación y examen psíquico y social. Compilador: Freedman, AM, Buenos, Aires, Paidos, 1978.
- Rodríguez Sturla, P (2009):"Las características de la Historia Clínica psiquiátrica infantil en Telma Reca" I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR 2009. ISSN-1667-6750.

TELMA RECA[10]

Lucia Rossi

Telma Reca

Lucía A. Rossi

La escena antecedente: los cursos de Psicología en la UBA

En 1901 surge en la Universidad la asignatura *Psicología Fisiológica y Experimental* a cargo de Horacio Piñero, con un abordaje empírico en sus laboratorios compartidos por los socialistas. En 1906, *Psicología II*, "pura o superior", a cargo de Krueger, discípulo de Wundt, con un diseño filosófico-estructural. No sin tensiones, en 1907 Ingenieros, a cargo de *Psicología II*, la rediseña en sentido positivista. La pulseada se estabiliza cuando, con la reforma universitaria por concurso, Mouchet afianza una psicología vital y abierta en *Psicología Fisiológica y Experimental* y Alberini una concepción racional-vitalista y axiológica en *Psicología II*.

La década de democracia ampliada del '20, encuentra a los socialistas abocados en la higiene social rivalizando con la Sociedad de Beneficencia: la Liga de Profilaxis Social, preocupada por los efectos de las enfermedades venéreas en el futuro de la población y al advertir la elevada incidencia de enfermedades mentales terminales en los hospicios. Plantea una política de prevención focalizada en la prevención concreta de higiene infantil: Fernández Verano (1919-1931), Gianfranco Ciampi crea en Rosario una cátedra de Psiquiatría Infantil en la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral, en red con instituciones locales como el Hospicio, escuelas y orfelinatos y con la UBA; José Alberti dirige ambos Laboratorios de Psicología Experimental y el proyecto de Tonina y Morzone en el Instituto de Psicología Correctiva y la Escuela de Niños Débiles del Consejo Nacional de Educación (1928-1930).

La propuesta institucional de G. Ciampi publica el *Boletín del Hospicio de Alienados* a partir de 1928. G. Bosch, su estrecho colaborador oriundo de Rosario, Titular de Psiquiatría y Director del Hospicio de las Mercedes, fun-

[10] (2008). *Ayer y Hoy 50 años de enseñanza de la Psicología*. Buenos Aires: Eudeba, pp. 139-146.

da en la ciudad de Buenos Aires la Liga Argentina de Higiene Mental en 1929. La perspectiva preventiva de la "higiene" mental adjudica a la enfermedad mental un diseño constitucional, maleable, permeable, abierto a la influencia ambiental y social. Cierta labilidad y reversibilidad las vuelve susceptibles de prevención, imposible frente a la inexorable fijeza de la herencia orgánica, a la vez que posibilita una mayor flexibilidad en nuevas clasificaciones con criterio funcional –según quede afectada la autonomía del yo– como G. Ciampi y G. Bosch proponen en un artículo conjunto publicado en 1929 en dicho Boletín. El golpe de 1930 desmantela los proyectos socialistas: José Alberti, Tonina y Morzone ven desmoronarse su proyecto. Vacila la posición institucional de Bosch. En 1934 T. Fracassi atenta contra el proyecto de Ciampi en Rosario. Pero en el ámbito médico-hospitalario prospera el proyecto de las Ligas de Higiene Mental que propician la apertura de consultorios externos en los hospitales.

Los proyectos socialistas –psicología natural empírica– enmarcados en el humanismo del '20 se encuentran vertebrados en el programa higienista –específicamente de higiene social (Fernández Verano, Liga de Profilaxis Social, 1921-1931), abierto a las publicaciones y asociaciones francesas y americanas, y con profunda proyección social (G. Bosch, Liga Argentina de Higiene Mental, 1929).

Estos trazos conformarán un paisaje de coyunturas que fueron diriminidos en la etapa de formación de Telma Reca –quien nace en 1904, se recibe de médica en 1929 y se doctora– y a quien encontramos perfilándose en un horizonte de preferencias y marcas ideológicas definidas, persistentes, que definirán su estilo y su posición en el desempeño profesional a lo largo del tiempo.

En 1931 Bosch respalda los estudios en el exterior de dos médicas graduadas y doctoradas: Telma Reca y Carolina Tobar García, cuyas tesis muestran preocupación por la delincuencia juvenil y la psicopatología. C. Tobar García se entrena en la Universidad de Columbia, en el Teacher's College y en el Medical Center de Nueva York, dedicada a la reeducación de niños "anormales". Telma Reca accede a una beca de doctorado Premio Eduardo Wilde, por su tesis *Delincuencia juvenil*, que le permite el acceso al John Hopkins Hospital (Rodríguez Sturla, 2001, p. 202).

Al regresar al país, ambas desempeñarán posiciones instituyentes claves: Carolina Tobar García en la Dirección Médica Escolar del Consejo de Educación, donde diseña la educación especial desde una perspectiva psiquiátrica; Telma Reca, como médica en el Patronato Nacional de Menores entre 1933 y 1934, año en que M. Acuña, titular de Pediatría de la Facultad de Medicina, la autoriza a fundar el *Consultorio de Higiene Mental Infantil* en el Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad de Buenos Aires. En 1937 Garrahan,

nuevo titular de Pediatría amplía los alcances y dependencias del Consultorio, Telma Reca publica *Personalidad y conducta en el niño* y se aprueba la formación de Visitadoras de Higiene Mental –proyecto de G. Bosch en el que Telma Reca colabora. En 1942 el Consultorio pasa a llamarse *Centro de Psicología y Psiquiatría*.

Su desempeño profesional

Desde 1934 a 1956 su labor es intensa y sostenida, con posiciones profesionales y políticas propias, libros e investigaciones publicadas.

Se desempeña en el Departamento Nacional de Higiene, en la Dirección de Maternidad e Infancia, como Jefa de Divisiones de *Segunda Infancia* y *Niños Enfermos, Anormales y Necesitados* desde 1937 a 1948. Un informe elevado en la década del '40 al Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires expone un exhaustivo relevamiento de los establecimientos asilares infantiles, propone macroinstituciones "hogares", recomienda la asistencia de los menores institucionalizados a escuelas comunes "para garantizar el lazo social", enfatiza la responsabilidad tutelar del estado y reclama la elaboración de un plan para "asistencia higiénico-social de los niños necesitados". Esto atestigua el vocabulario higienista y la permeabilidad de estos proyectos por la presencia de diputados socialistas en el nivel municipal. Su tradición higienista se expresa en párrafos como:

> "La higiene mental es parte de la higiene general. Sus postulados deberán tener amplia aplicación social. Es propósito de la higiene estudiar las condiciones inherentes al medio y al individuo mismo que permiten y favorecen el desarrollo normal del hombre. A la higiene mental concierne investigar, particularmente, los factores que influyen sobre la faz psíquica de este desarrollo [...] La higiene mental infantil es un capítulo de la higiene mental, pero tan importante que puede considerarse como su irrescindible antecedente" (Reca, 1956, p. 21).

Su profesionalidad y seriedad van tejiendo una red de confianzas y prestigios articulada por una participación institucional sostenida y responsable, y una amplia, versátil y activa política de publicaciones que –como G. Bosch– la encuentra presente en todo tipo de publicaciones de la especialidad y de difusión general. Su actuación y el prestigio de su nombre la convierten en referente indiscutido.

¿Cuál es su peculiaridad? Su estilo personal conjuga con una manera de presentar su desenvoltura profesional. Su modalidad de trabajo, teórica y

discursiva equilibra y calibra diversas tendencias con criterios abiertos pero consolidados en un balance personal. Se destaca su enfoque interdisciplinario y la investigación.

¿Qué idea de infancia sostiene? ¿Qué entramado conceptual sostiene y caracteriza su práctica? Un enfoque psicopatológico, con base fenomenológica, "trabaja en un concepto integrativo de la personalidad que anuda lo biológico a lo social en una aproximación fenomenológica de perspectiva humanista" (Conde, 1995, p. 159). Simbolización, personalidad integrada y conducta parecen las claves de la relación terapéutica como vínculo personal, experiencia emotiva, constructiva y correctiva, que favorece la expresión de los conflictos. Telma Reca atribuye a los problemas afectivos la clave de la problemática infantil. Su práctica es eminentemente clínica: incluye psicodiagnóstico y psicoterapia. Pero también la sistematización y el relevamiento de material empírico de casos en investigaciones (Rodríguez Sturla, 1997).

El psicoanálisis es considerado e incluido en su versión americana –Telma Reca continúa siempre en contacto con instituciones y universidades americanas para las cuales investiga y visita con frecuencia– con marcadas preferencias por Anna Freud, la Escuela del Yo, los culturalistas, la psicología humanista de K. Rogers y referentes de la psiquiatría infantil aglutinados alrededor de publicaciones como el *American Journal of Ortho-Psychiatry*, en especial Leo Kanner.

> "La psicoterapia, como recurso único o, casi siempre, como elemento primordial o coadyuvante en el tratamiento de los problemas de conducta y las neurosis infantiles, se ha abierto paso y afianzado en los últimos 15 años" (Reca, 1942, p. 486).

Este párrafo es crucial ya que articula el cruce discursivo y conceptual entre problemas de conducta, neurosis infantil y psicoterapia. La primera articula el conductismo de aplicación educativa, en sus "problemas" con la "neurosis infantil" y la psicoterapia. Este enlace, permite articular con su concepción "dinámica y estructural de la personalidad", y de particular importancia la "psicopatología dinámica" –y su herramienta, la psicoterapia– que muestran en el diseño americano la proximidad entre psiquiatría y psicoanálisis. Ésta es la propuesta clave que lleva a la Universidad.

En esta actualización discursiva es clave la recomendación de B. Houssay para acceder a la beca de la Fundación Rockefeller que le permite conocer variedad de clínicas infantiles y de diseños institucionales: el Judge Baker Guidance Center, la Philadelphia Child Guidance Clinic y las clínicas psiquiátricas infantiles de las universidades de Cornell, Columbia, John Hopkins

y Yale. La Fundación financia el proyecto de investigación de 1948 que reúne 210 casos de psicoterapia publicados en *Psicoterapia de la infancia* (Reca, 1951).

La psicología en la Universidad

Las cátedras de psicología distribuían enfoques médicos: *Psicología I*, heredera de Psicología Fisiológica y Experimental, y *Psicología II*, enfoques filosóficos. La situación concursal de 1947 designa a Juan Ramón Beltrán, quien opta por la cátedra de Historia de la Medicina. E. Pucciarelli, siguiente en el orden de méritos concursal, aun siendo médico, como Doctor en Filosofía produce un abrupto rediseño de contenidos mínimos en esa dirección con cambio de denominación de la asignatura: *Psicología I*. Por otra parte, Felipe García de Onrubia, en línea con Juan Guerrero, propone la diferenciación y autonomía de la psicología respecto de la filosofía, en el Congreso de Filosofía de 1949 confiere un diseño estrictamente psicológico a la asignatura *Psicología II* como profesor regular a partir de 1948.

La situación distorsiva en *Psicología I* –expresión tradicional del discurso médico en psicología– tendrá consecuencias: Marcos Victoria fue adjunto interino de C. Alberini en *Psicología II* –como muestra su formación racional-vitalista en filosofía– y ayudante de Jakob en Biología. Con el golpe militar de 1943 los profesores renuncian en forma masiva como protesta: Houssay, Mouchet, Victoria pierden sus posiciones académicas. Beltrán –por su cercanía al nacionalismo– se sostiene en la asignatura hasta 1947. Esto explica el espíritu de revancha y apropiación de espacios académicos aun en los concursados. El grupo excluido regresa a la Universidad de Buenos Aires en 1955: Marcos Victoria, Director del Departamento, se hace cargo de *Psicología I* y avanza sobre *Psicología II*, motivando la renuncia de García de Onrubia.

En 1956 se presenta a la Dirección de Personal de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA una considerable cantidad de currícula de profesores, ante la inminencia de una convocatoria concursal: sorprende encontrar los de Juan Luis Guerrero, Felipe García de Onrubia y Eugenio Pucciarelli. El Interventor, José Luis Romero y los Directores de Departamento (de Psicología M. Victoria, de Sociología G. Germani, de Pedagogía J. Bernstein)[1] acuerdan crear las nuevas carreras de Psicología, Ciencias de la Educación y Socio-

1. Graduado en Pedagogía en Filosofía y Letras de la UBA, trabaja en la Dirección de Psicología de la Provincia de Buenos Aires con Ricardo Moreno y Bernardo Serebrinsky hasta 1952. En 1953, en Rosario, se le solicita un curso complementario de Técnicas Psicométricas y Proyectivas para la Carrera de Psicotecnia de la Universidad del Litoral.

logía. El grupo de colaboradores incluye a escasísimos profesores regulares que venían desempeñándose con antelación, tales los casos de Eugenio Pucciarelli, desde 1947, y de Nuria Cortada en *Psicología II*, desde 1952.

Telma Reca se incorpora al grupo fundador recién en 1957. Entre 1955 y 1957 se desempeña como Senior Psychiatry en el North Side Center for Children Development y como Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil del St. Luke's Hospital, ambos de Nueva York. Al implementarse la Carrera de Psicología en 1958, Telma Reca concursa *Psicología de la Niñez y Adolescencia*; a medida que la Carrera despliega, se desplaza a *Psicología Evolutiva I* (1958-1966) y es titular de *Clínica de Niños I y II* (1960-1966) (Rodríguez Sturla, 2001, p. 207).

Telma Reca no pertenece al viejo grupo ni participa del revanchismo de los primeros momentos, pero sí asegura su afianzamiento institucional a través del acceso concursal a los cargos académicos. Esta actitud de extrema prudencia que siempre la ha caracterizado explica su permanencia.[2] Cuando en 1958 se normaliza el funcionamiento universitario, concursa para las asignaturas de su especialidad. Siempre en el marco de la Facultad de Filosofía y Letras se deslindan áreas: sus criterios y propuestas prevalecen con exclusividad en la Carrera de Psicología; Carolina Tobar García encuentra sede académica en *Didáctica Asistencial de Escuelas Diferenciales* en la Carrera de Ciencias de la Educación, antes a cargo de la pedagoga y psicoanalista Arminda Aberasturi, y luego en disputa con la cátedra paralela que propone Berta Braslavsky.

Ese año participa en la reforma del Plan de Estudios de la Carrera de Psicología y en propuestas de Extensión Universitaria: la *Dirección de Orientación Vocacional de la UBA* –dirigida por Jaime Bernstein– y el *Centro de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva* –dirigido por Telma Reca– con intención de articular enseñanza, investigación y asistencia a la comunidad, siguiendo el modelo del *Centro de Psicología y Psiquiatría* de la cátedra de Pediatría del Garrahan.

Entre 1961 y 1963 Telma Reca, nombrada Directora del Departamento de Psicología, promueve los concursos y propone un Plan de Estudios para la Carrera de Psicología que prevé formación en investigación y en posgrado, con vigencia a partir de 1962 (Rodríguez Sturla, 2001). Permanece en la Universidad hasta el golpe de 1966. Funda el CEAM (Centro de Estudios Médico-Psicológicos de la Niñez y Adolescencia), institución privada con la que intenta dar continuidad a su obra. En 1974 es nombrada Profesora Titular Consulta de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. En 1979 recibe en forma póstuma el premio Aníbal Ponce.

2. Tampoco participa de otros debates internos (psiquiatría social-psicoanálisis), elude lo confrontativo.

Bibliografía

Conde (1995), "La tendencia fenomenológica en psiquiatría", en L. Rossi y cols., *Psicología: secuencias instituyentes de una profesión*. Buenos Aires, Facultad de Psicología, pp. 156-161.

Reca, T. (1937), *Delincuencia infantil*. Buenos Aires, Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional.

Reca, T. (1937), *Personalidad y conducta del niño*. Buenos Aires, El Ateneo.

Reca, T. (1944), *La inadaptación escolar*. Buenos Aires, El Ateneo.

Reca, T. (1951), *La psicoterapia en la infancia*. Buenos Aires, El Ateneo.

Reca, T. (1956), *Tratamiento psicológico de los problemas infantiles*. Buenos Aires, El Ateneo.

Reca, T. (1961), *Problemas psicológicos en pediatría*. Buenos Aires, Eudeba.

Rodríguez Sturla, P. (1997), "La infancia desde la psicopatología y su tratamiento", en L. Rossi y cols., *La psicología antes de la profesión. El desafío de ayer, instituir las prácticas*. Buenos Aires, Eudeba, pp. 246-254.

Rodríguez Sturla, P. (2001), "Telma Reca: la institucionalización de la asistencia infantil", en L. Rossi y cols., *Psicología: su inscripción universitaria como profesión*. Buenos Aires, Eudeba, pp. 205-212.

Apéndice

Modelo de Historia Clínica utilizada por el equipo de Telma Reca entre 1942 y 1957 en el Centro de Psiquiatría y Psicología del Hospital de Clínicas.

A) Antecedentes personales
   1. Desarrollo y maduración
   2. Antecedentes patológicos
   3. Antecedentes sociales (conducta, personalidad y humor habituales)

B) Antecedentes familiares y ambientales
   1. Padres
   2. Hermanos
   3. Antecedentes patológicos familiares
   4. Situación económico-social de la familia. Ambiente familiar y relaciones entre miembros
   5. Vivienda y medio ambiente

C) Examen físico

D) Examen psíquico

E) Análisis del caso y factores causales del problema
F) Tratamiento e indicaciones
G) Evolución

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA INFANTIL EN TELMA RECA[11]

Rodriguez Sturla, Pablo

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es realizar un recorrido conceptual acerca de la forma de organización de las historias clínicas, en Psiquiatría Infantil, establecida por Telma Reca. Con ese fin es relevante puntualizar el abordaje de las mismas que plantea Leo Kanner, quien es un importante referente para la autora. Asimismo, se señalan semejanzas y diferencias entre ambos.

CHARACTERISTICS OF THE CHILD PSYCHIATRY MEDICAL RECORDS ACCORDING TO TELMA RECA

ABSTRACT

The aim of this paper is to make a conceptual approache of how to organize the medical records of children in psychiatric Telma Reca. This refers also to address the same as that posed Leo Kanner, who is an important reference for the author. It also identifies similarities and differences between them.

PALABRAS CLAVES: Historia clínica- Telma Reca- infancia- psiquiatría

KEY WORDS: medical records -Telma Reca-child-psychiatry

INTRODUCCIÓN

[11] (2009). Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR 2009, 16, pp. 437-439

El propósito de este trabajo es analizar los criterios de organización que la Dra. Telma Reca fue construyendo, a lo largo de su práctica profesional, en relación a la historia clínica.

Para ello se retomarán los aspectos centrales de aproximación clínica en Leo Kanner, dado que el contacto que Reca tuvo con su práctica constituyó un disparador fundamental para su posterior concepción de la historia clínica infantil. Esta aproximación a la práctica de Kanner tuvo origen en las diversas becas, tanto de formación como de investigación, a la que la autora tuvo acceso en Estados Unidos.

LA CONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA CLINICA

Entre los desempeños de la Dra. Telma Reca (1904-1979), destaquemos la creación y conducción del servicio "Centro de Psicología y Psiquiatría ", con sede en el Hospital de Clínicas. Debe puntualizarse, asimismo, que cuando la autora fija allí los parámetros para construir las historias clínicas, las prácticas clínicas tenían mucha semejanza con las usadas en ciertas instituciones psiquiátricas infantiles norteamericanas, comúnmente llamadas "Child Guidance Clinics".

Para Reca, la idea central de la práctica clínica es llegar al conocimiento completo de la personalidad del niño, el medio en el que se desenvuelve, su problemática y comprender cual es la dinámica de fuerzas que interactúan sobre él. Para ello se debe, según Reca, posibilitar la expresión de los conflictos, emociones, sentimientos y experiencias: aquello que, desconocido o reprimido, lo ha llevado a su situación actual. En caso que la personalidad del niño haya llegado a experimentar una desviación muy evidente, es deseable facilitar su reestructuración, buscando encontrar y reestablecer su auténtico "tipo psicológico".

Tomando como guía la evolución normal, se intenta en el tratamiento reestablecer las orientaciones que el paciente podría haber perdido. Así, se le pueden brindar las oportunidades y acercarlo a las actividades que lo orienten a su cultivo y al desarrollo de la personalidad. Ello sobre todo en los aspectos que contribuyen, especialmente, a afianzar la armonía en su funcionamiento y modificar su medio, aún en un grado mínimo, para lograr estos objetivos.

Reca elabora distintos dispositivos de abordaje sobre el niño, de acuerdo con lo que la experiencia le va demostrando como “más acertado y productivo”. Su modelo ubica dentro del primer paso del dispositivo clínico una entrevista con la madre. A fin de optimizar el uso del tiempo, madre e hijo son entrevistados por distintas personas en un mismo momento.

Desde ese punto de partida se comienza a construir el historial, de acuerdo con los pasos establecidos por Leo Kanner (1894-1981) en la clínica John Hopkins. Comprende tres capítulos: el problema y el estado actual del niño, la historia y el desarrollo del niño, la historia de la familia. Cabe aclarar que la autora considera necesario realizar un análisis de características clínicas físicas, previo al registro psiquiátrico. En caso de no contarse con el mismo al presentarse el paciente, Reca lo deriva al Instituto de Pediatría para que sea efectuado y posteriormente asentarlo en la historia clínica.

Tanto Reca como Kanner sostienen que la entrevista inicial debe ser llevada a cabo en un clima de afabilidad, sin convertirla en un interrogatorio policial o una anamnesis muy detallada, ya que ambas situaciones podrían volverse incómodas para los padres. Con ese fin se utilizan preguntas semi-estructuradas que abren temáticas, favorecen la charla abierta y el desarrollo de los tópicos por parte de los consultantes. Y siempre se tiene en cuenta que la situación de hablar acerca de la problemática del niño genera mucha angustia en los progenitores.

Si nos remitimos a la conceptualización que realiza Kanner de la historia clínica, constatamos que plantea tres momentos en su elaboración: 1) la historia hasta ahora, 2) la historia personal, 3) la historia continúa.

En el primer momento, generalmente registrado como la enfermedad actual, se toma en cuenta la historia hasta el presente y en primer lugar cual es el motivo de consulta. A partir de allí se comenzará a indagar sobre los antecedentes familiares, tratando de conocer la existencia de enfermedades en la familia. También los datos personales sobre padres, tíos y abuelos, el grado de escolaridad, las ocupaciones, los aspectos vinculados con la salud. El autor enfatiza la importancia de explorar la niñez de los padres, para conocer si fue feliz o no. Considera relevante averiguar acerca de los vínculos intrafamiliares, cómo se llevan los padres entre sí y otros aspectos que ellos consideren notables sobre las relaciones en la familia.

El segundo momento, al que se podría denominar la historia personal, parte desde el momento de la concepción. Toma en cuenta si el niño fue buscado o no, cómo se desarrolló la alimentación, el lenguaje, el juego, la escolarización (de haberla), la forma en que fueron llevadas a cabo estas acciones. Kanner sugiere aquí orientarse sobre los datos de las primeras etapas del desarrollo, buscando indagar si las madres se encontraban satisfechas con el progreso del mismo o, por el contrario, estaban preocupadas por algunos retrasos. Estos datos apuntan a una precisión aproximada. Busca superar el mero registro de las enfermedades infantiles, para conocer la importancia que las mismas tuvieron para los padres y el niño. En el registro de la historia clínica merece particular atención la forma de afrontar las exigencias ordinarias de la vida diaria, los hechos imprevistos corrientes y las frustraciones.

En el último paso, "la historia continúa", se considera el nuevo giro que toma la vida del paciente en el transcurso del tratamiento. Allí se registra lo que le sucede al paciente en su vida de relación y lo que ocurre en su interior.

Para Kanner, la historia clínica debe registrar anotaciones fechadas donde se haga referencia, al menos de forma sucinta, a los progresos y las modificaciones alcanzados en cada entrevista. Señala, inclusive, que una buena historia clínica debe ir más allá de esto, registrando el interés que manifiesta el profesional o la institución una vez concluido el tratamiento. Estas notas posibilitan no sólo conocer la forma en que se hace el seguimiento de la evolución del niño, sino también apreciar el valor de los métodos terapéuticos empleados. Podemos decir que para Kanner la historia clínica es un instrumento de trabajo, no solamente un elemento formal para cumplimentar exigencias institucionales de documentación.

Telma Reca conoció, durante su formación como becada en los Estados Unidos, esta forma de trabajo y la labor específica de Kanner, tomándolas desde ese momento como una guía.

En el modelo de historia clínica que Reca construye se incorporan, a partir de la entrevista a los padres, en primer lugar los datos personales para luego tomar en cuenta todos los antecedentes de la historia del niño y su familia. Estos antecedentes incluyen para el paciente: el desarrollo en la primera y segunda infancia, datos sobre patologías, desempeños sociales (preescolares y escolares), registro de conductas sobresalientes y habituales, rasgos principales y específicos de la personalidad, el

humor habitual. Respecto de la familia, la autora indaga sobre los antecedentes patológicos y ambientales en los padres y hermanos del paciente. De ellos se averigua sobre las enfermedades actuales y pasadas, la relación entre los miembros de la familia, la situación económica y social que implica la vivienda y el medio ambiente en que vive el niño.

Establecidos este relevamiento sobre las condiciones de vida y los posibles datos que pudieran conducir a problemas hereditarios y ambientales, Reca pasa al examen clínico-médico y al examen psíquico. En la historia clínica también se consignan el tipo de tratamiento, las indicaciones y una evolución. Reca entiende que la historia clínica no es un mero registro de datos sino un instrumento de trabajo para el médico y para el equipo que trabaja con él.

Con respecto a la conformación de una historia clínica, el equipo que la realiza debe estar integrado – para la autora - un psicólogo, un médico psiquiatra y un historiador. Este último puede ser indistintamente psicólogo, medico o trabajador social, ya que se considera el levantamiento de la historia clínica y la entrevista con la madre como primer tarea de aprendizaje, común a los tres grupos de profesionales. El historiador practica la anamnesis, con la madre o un familiar acompañante, sobre una guía que procura datos acerca de motivos de consulta, desarrollo, caracteres de la personalidad y antecedentes, personales y familiares.

ALGUNAS CONCLUSIONES

A lo largo de su trayectoria profesional, Reca va transformando los distintos dispositivos de abordaje al niño. Esta autora tuvo acceso a distintas becas tanto de investigación como de formación en Estados Unidos, lo que le permitió conocer la labor de Kanner y su forma de abordaje asistencial: el modelo de historia clínica planteado por Kanner constituye un elemento central para las posteriores construcciones de Reca sobre esta temática.

Para ambos autores la historia clínica es crucial en el trabajo con el paciente y la familia. Tiene una función central, muy lejos de ser un formulario que se completa en una primera entrevista y luego se abandona. Es un instrumento de uso continuo a lo largo de todo el tratamiento. Siguiendo los postulados de Kanner, podemos decir que

el valor de la historia clínica de psiquiatría reside en su función orientadora y no en la cantidad de detalles o su tamaño. Reca adhiere plenamente a este criterio, donde la historia clínica es central y guía de la clínica.

Es destacable que uno de los objetivos de Reca es optimizar el uso del tiempo en relación a la construcción de la historia clínica, ideando un dispositivo en que se entrevista a madre y niño por separado en el mismo momento, así como la figura del historiador que puede ser encarnada por cualquier profesional del equipo.

Cabe señalar también algunas variantes que produce Reca, al adoptar estas modalidades de trabajo norteamericanas. Ambos autores hacen hincapié en averiguar los antecedentes familiares pero, según se lee en los trabajos, Kanner interroga sobre la familia extensa (padres, abuelos, etc.) mientras que en Reca la indagación llega a los padres. Otra diferencia radica en la pregunta presente en Kanner sobre la felicidad de la infancia en los padres, elemento que no encontramos en Reca. Distinciones como éstas podrían marcar una línea de investigación, acerca de los constructos teóricos que las sostienen en ambos autores.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Anales del Instituto de Pediatría y Puericultura, Tomos 1935 a 1941, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, UBA.

- Kanner, Leo (1980): “Psiquiatría infantil”. Buenos Aires, Siglo Veinte.

- Reca, Telma (1937): “Personalidad y conducta del niño”. Buenos Aires, El Ateneo.

- Reca, Telma (1944): “La Inadaptación del escolar”. Buenos Aires, El Ateneo.

- Reca, Telma (1951): “Psicoterapia de la infancia”. Buenos Aires, El Ateneo.

- Reca, Telma (1956): “Tratamiento Psicológico de los problemas Infantiles”, en colaboración. Buenos Aires, El Ateneo.

- Reca, Telma (1961): “Problemas Psicopatológicos en Pediatría”, en colaboración. Buenos Aires, Eudeba.

EL CENTRO DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA INFANTIL DIRIGIDO POR TELMA RECA [12]

Rodríguez Sturla, Pablo

RESUMEN

Es nuestro propósito brindar elementos relacionados con un relevamiento sobre el servicio de Psicología y Psicopatología infantil de la Cátedra de Pediatría de la Facultad de Ciencias Medicas (UBA). Dicho establecimiento estuvo a cargo de la Dra. Telma Reca y se organizó en la década del 30. Rastrearemos distintos aspectos de la institución: inicios y su fundamentación, quienes fueron los participantes y su origen profesional, el modelo de historia clínica y el proceso de admisión, la formación impartida, las modalidades de trabajo y las conceptualizaciones tomadas como elementos de guía para la labor profesional.

PALABRAS CLAVE: Centro de Psicología y Psiquiatría - admisión- historia clínica - estadísticas.

Orígenes del Consultorio

Por iniciativa del Profesor Mamerto Acuña, titular de la Cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura de la Facultad de Ciencias Medicas, se creo el Instituto de Puericultura. Su diseño se basaba en el servicio de Clínica Infantil perteneciente a la cátedra de Psiquiatría de la mencionada facultad. Comenzó a funcionar en 1935 y tenía por objetivos: impartir la enseñanza de la Medicina Infantil, la asistencia medico-social y de prevención y la experimentación e investigación científica. Las acciones de asistencia e investigación se realizaban en la Sala VI del Hospital de Clínicas. En el seno del Instituto operaban diversas salas como las de Clínica General (médica y cirugía), con sus secciones de internado de varones, niñas y lactantes. Otras secciones incluían laboratorios de rayos X, análisis clínicos y odontología.

También se creó un "Consultorio de Higiene Mental" a cargo de la Dra. Telma Reca (1935), que luego cambiaria de denominación al llamarse "Centro de Psicología y Psiquiatría" (1942), dicha alteración coincidió con la llegada del Dr. Juan Pedro Garrahan a

[12] (2009). *X Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*, 10, pp. 297- 304

la cátedra de Pediatría. Recordemos que Reca se graduó en Medicina y que, en 1930, viajó becada a los Estados Unidos. En ese país conoció, entre otras formas de intervención, el funcionamiento de las Child Guidance Clinics y de los tratamientos con respecto a la delincuencia juvenil. En la disertación que inaugura su nuevo cargo en el Consultorio, Reca estableció una breve reseña histórica; allí informó que el modelo de la presente institución se basa en las clínicas surgidas primero en Estados Unidos y luego en países europeos. Esas entidades atendían irregularidades de conducta en general, deficiencia intelectual y factores familiares o de ambiente.

El dispositivo de admisión en el Centro de Psicología y Psiquiatría.

Los procedimientos utilizados en la clínica no difieren a los usados por las clínicas psiquiatricas infantiles norteamericanas. A la autora, le interesa llegar al conocimiento de la personalidad del niño, su problema y su medio. Se trata de establecer la dinámica de las fuerzas que actúan en el niño, dándole posibilidad de expresar los conflictos, experiencias, sentimientos y emociones reprimidos o desconocidos por el mismo, que han levado a su situación actual. Es fundamental, reestructurar la personalidad, sostiene Reca, cuando se ha experimentado una torsión marcada, procurando hallar y restablecer su auténtico tipo psicológico. Restaurar la línea de su evolución normal, procurarle oportunidades y formas de actividad que tiendan al cultivo y desarrollo de la personalidad en aquellos aspectos que especialmente contribuyen a afianzar la armonía de su funcionamiento, modificar su medio en la medida necesaria para obtener estos objetivos.

El proceso de admisión y la historia clínica

Madre e hijo son entrevistados por distintas personas en el mismo momento. La historia del niño es elaborada siguiendo un plan parecido al utilizado por el psiquiatra Leo Kanner. Comprende tres capítulos: el problema por el cual se consulta y el estado actual del niño, la historia y el desarrollo del niño (antecedentes personales, desarrollo y maduración, antecedentes patológicos) y por ultimo la historia de la familia (antecedentes familiares y ambientales: relaciones familiares, situación económico- social de la familia, vivienda y medio ambiente). Es necesario aclarar que previamente al registro de la historia clínica, se realiza un análisis físico o de no contar con el mismo se lo deriva al Instituto de Pediatría para efectuar dicho examen. El resultado del mismo se registra en la historia clínica.

Los procedimientos utilizados en la clínica no difieren a los usados por las clínicas psiquiatricas infantiles norteamericanas. A la autora, le interesa llegar al conocimiento de la personalidad del niño, su problema y su medio. Se trata de establecer la dinámica de las fuerzas que actúan en el niño, dándole posibilidad de expresar los conflictos, experiencias, sentimientos y emociones reprimidos o desconocidos por el mismo, que han levado a su situación actual. Es fundamental, reestructurar la personalidad, sostiene Reca, cuando se ha experimentado una torsión marcada, procurando hallar y restablecer su auténtico tipo psicológico. Restaurar la línea de su evolución normal, procurarle oportunidades y formas de actividad que tiendan al cultivo y desarrollo de la personalidad en aquellos aspectos que especialmente contribuyen a afianzar la armonía de su funcionamiento, modificar su medio en la medida necesaria para obtener estos objetivos. Con respecto a las razones para instrumentación del consultorio, Acuña recalca la necesidad de tener en cuenta la salud mental de los niños en conjunción con su desarrollo físico. La salud mental, opina, es mas vulnerable e influenciable en sus etapas de desarrollo. Un conjunto de niños especiales, que por entonces se denominaban "retardados", constituían una parte importante de la población atendida tanto por los consultorios del Instituto como por los centros escolares y de recreación infantil. Por su parte, niños tales como los "nerviosos" con trastornos de palabra y los tartamudos, que no podían concurrir a las escuelas normales, recibían atención especializada. Las visitadoras de Higiene Social (del Instituto de Higiene, Facultad de Ciencias Medicas) aportaban su labor en estas tareas. Asimismo, como parte de las acciones preventivas, se distribuían folletos con indicaciones de crianza y educación para "niños mimados y nerviosos". Cuando el motivo de consulta exige la determinación del nivel mental o parece conveniente el aporte de técnicas, se realizan pruebas psicológicas como Terman Merrill, Bühler, Bender, Raven, Wexler, T.A.T., Rorschach.

El equipo de diagnóstico de trabajo realiza la tarea de examinar, formular el diagnostico y dar las indicaciones en la mayor parte de los casos durante la primera entrevista. Los equipos están integrados por un psicólogo, un médico psiquiatra y un historiador que puede ser indistintamente desempeñado por un psicólogo, un medico o un trabajador social ya que se considera el levantamiento de la historia clínica y la entrevista con la madre como primer tarea de aprendizaje, común a los tres grupos de profesionales. El historiador practica la anamnesis, con la madre o un familiar acompañante, sobre una

guía que procura datos acerca de motivos de consulta, desarrollo, caracteres de la personalidad y antecedentes, personales, familiares, etc.

Es necesario aclarar, que cuando un paciente arribaba al consultorio se le había realizado una previa “encuesta social”. Esta tarea estaba a cargo de las alumnas del Curso de Visitadoras de Higiene Social, las cuales también realizaban una ulterior vigilancia del caso y del tratamiento. Ya en el consultorio, dichas agentes aplicaban pruebas para el establecimiento de niveles mentales (luego esto se modifica). La mencionada encuesta tenía particular utilidad, en primera instancia, para la interpretación de los resultados de las revisaciones medicas. Finalmente, se elegía el tratamiento adecuado en los ordenes medico, educacional y social. Reca destaca que, frecuentemente, la intervención debía dirigirse con exclusividad a las dos últimas áreas. Los primeros pacientes admitidos resultaron con padecimientos consecuentes de enfermedades orgánicas del sistema nervioso, causantes de retardos, (idiotas, imbéciles, etc) que exigían la subsiguiente interacción en colonias o asilos. Paulatinamente la variedad de patologías y derivaciones aumentó, recibiéndose pacientes desde escuelas y colonias. En los casos de niños con problemas de conducta, asociados o no a un retardo mental leve, Reca comprobó una notable mejoría o curación lenta al modificar las condiciones individuales y de ambiente. Si estaba presente en el cuadro la debilidad mental, era necesaria la cooperación de la escuela y la orientación educacional y vocacional del niño, teniendo en cuenta sus capacidades y aptitudes. Cuando era preciso, se recomendaba la derivación a un grado diferencial, aunque existían en muy pocas escuelas. Reca se ocupó de plantear dichas lagunas institucionales al Consejo Nacional de Educación, sugiriendo la creación de los grados diferenciales. Asimismo, se establecieron relaciones oficiales para contar con la participación de instituciones de asistencia social (La Casa del Niño, el Hogar Victoria Aguirre y otros) en la atención de algunos casos, que no podían recibir beneficio alguno a través de los tratamientos específicos brindados en el Consultorio. En ese sentido, cabe señalar que para las patologías severas o de carácter social, que requerían un seguimiento de largo plazo, no se contaba con las condiciones materiales; el consultorio disponía de un espacio restringido. Esta situación pudo ser revertida recién en la década del 40.

La falta de local y de elementos no permitió en un primer momento hacer psicoterapia. El tratamiento se redujo en la casi totalidad de los casos, a las indicaciones y a los consejos relativos a la organización de la vida del niño. La terapéutica se centro entonces en la normalización de la vida y el organismo del paciente, y en las indicaciones

(inclusive las del orden estrictamente medico) y educación impartidas a las madres. Con esta terapéutica limitada, se observa, según Reca, una alta proporción de mejorías. Sin embargo, se comprueba que los problemas de conducta arraigados y las neurosis de niños mayores, se modificaban en forma relativa. La autora advierte la necesidad de la psicoterapia directa del niño y a menudo, de la educación o el tratamiento mas intenso con las madres.

Servicios prestados y estadísticas

En relación a los tipos de servicios prestados, desde el inicio de las actividades el consultorio prestó admisión, indicaciones de tratamiento, indicaciones educativas a los padres. A partir de 1941 se brindo psicoterapia individual infantil, reeducación, y posteriormente, psicoterapia de grupo padres y psicoterapia de grupo niños.

Para el año 1939, las características de la población médica habían variado. Las admisiones de pacientes con neurosis y trastornos conductuales tratables aumentaron, mientras disminuían los niños con deficiencia mental y patologías similares. Los profesionales que allí trabajaban sentían la necesidad de difundir las finalidades del consultorio, a fin de evitar la afluencia de casos con los que no se pudiera iniciar un tratamiento. Esta difusión fue llevada a cabo con, aparentemente, buenos resultados, tal como lo habrían atestiguado los cambios en el tipo de paciente admitido. Algunos datos estadísticos ilustran sobre la creciente actividad del servicio. Durante el primer año (1935) se atendieron 44 pacientes, dicho numero había aumentado a 193 (1937) y 231 (1940). Si tomamos las cantidades año por año, podemos apreciar que la tendencia se mantuvo: las prestaciones brindadas sumaban 3293 en 1949.

También aumento la cantidad de integrantes en el cuerpo de profesionales. Los dos primeros años se desempeño solo la directora del servicio, con la participación de las alumnas del Curso de Visitadoras de Higiene Mental. Se sumaron luego otros médicos, como el Dr. Carlos Alberto Veronelli y egresadas de aquel curso. Citaremos también a Ilse Juana de Haussman, graduada como profesora de enseñanza de niños anormales en Alemania, y otros profesionales en Medicina, Pedagogía, Filosofía, etc. Destaquemos la trayectoria de la Profesora Amalia Lucas de Radaelli, quien se había desempeñado como Directora de Hogares para niños- dependientes del Patronato de la Infancia- y que acompañó a Reca durante mas de veinte años en el consultorio y posteriormente en otros emprendimientos asistenciales.

Gracias al apoyo del Dr. Houssay, Reca pudo acceder a una beca (de la Fundación Rockefeller) que, como ya consignamos supra, le permitió viajar a Estados Unidos e interiorizarse en la organización de las clínicas psiquiatritas destinadas a la infancia. Uno de los aspectos que priorizó la doctora fue la formación de los integrantes de su equipo, tal como se hacia en ese país. Por otro lado, Reca organizó numerosos cursos, seminarios y conferencias de temáticas tales como los problemas de conducta infantil, dificultades escolares y otros; los mismos se realizaban en diversas instituciones, de las que mencionaremos el Instituto Libre de Estudios Superiores (ILES). En esos años, la autora se desempeño como JTP de la Cátedra de Higiene en la Facultad de Ciencias Medicas y también como Subdirectora del Curso de Visitadoras de Higiene Social (donde dictaba la asignatura Higiene Mental).

Cuando el Dr. Garrahan asumió la titularidad de la cátedra de Pediatría-Facultad de Ciencias Medicas, UBA- en 1942, apoyó los pedidos de urgente ampliación para el consultorio; de este modo se hizo posible la atención de mas pacientes. Reca permaneció en la dirección hasta 1960, para ocuparse del Centro de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva, instalado el la UBA. El consultorio quedó a cargo de la Dra. Marta Bekei.

ALGUNAS CONCLUSIONES

El trabajo de Telma Reca se cuenta entre los pioneros de la clínica psiquiatrica infanto-juvenil en Argentina. En 1934 funda el consultorio al que denomina originariamente “Higiene Mental”. En dicho establecimiento se atiende con una modalidad que precisará los procedimientos de la clínica psiquiátrica infanto-juvenil a través de criterios psicopatológicos hasta entonces poco difundidos. El dispositivo de atención en el consultorio es el estudiado por la autora en sus viajes a los Estados Unidos. Allí observó y estudió el modelo de las Child Guidance Clinics (llamadas clínicas de la conducta). Reca llega a autodefinirse como autodidacta en algunos aspectos de su quehacer, si bien admite tomar líneas de trabajo de otros autores. Por ejemplo, el prototipo de historia clínica es tomado del modelo confeccionado por Leo Kanner; indagando a cerca de su situación actual, familiar y ambiental.

En cuanto a la misión de la terapéutica, son asimismo concepciones psicológicas las que ofician de guía. Para la autora, el trabajo debe producir la restauración de la salud psíquica y la normalización de la conducta. Esto permite la corrección del desarrollo

desviado o la reanudación del normal, definidos ambos a partir de una construcción personalística.

La autora a lo largo de su trayectoria profesional, se ocupó de formar al personal a través de reuniones, conferencias, ateneos, cursos, etc. También contribuyo a la difusión de su obra con numerosas publicaciones que testimonian la tarea realizada en dicho servicio: *"Personalidad y conducta del niño", "La inadaptación del escolar", "Psicoterapia de la infancia", "Tratamiento psicológico de los problemas infantiles",* entre otras.

REFERENCIAS

Anales del Instituto de Pediatría y Puericultura, Tomos 1935 a 1941, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Medicas, UBA.

Reca, Telma (1937): "Personalidad y conducta del niño" Buenos Aires, El Ateneo.

Reca, Telma (1944): "La Inadaptación del escolar" Buenos Aires, El Ateneo.

Reca, Telma (1951): "Psicoterapia de la infancia" Buenos Aires, El Ateneo.

Reca, Telma (1956): "Tratamiento Psicológico de los problemas Infantiles" en colaboración, Buenos Aires, El Ateneo.

Reca, Telma (1961):"Problemas Psicopatologicos en Pediatria" en colaboración, Buenos Aires, Eudeba.

Rodríguez Sturla, Pablo (1997):"Telma Reca: la infancia desde la Psicopatología y su tratamiento", en "La Psicología antes de la Profesión. El desafío de ayer, instituir las prácticas", Prof. Lucía Rossi y col. Buenos Aires, Eudeba, 1997 (Págs. 246-254).

Rodríguez Sturla, Pablo (2001):"Telma Reca: la institucionalización de la atención infantil", en "Psicología: su inscripción universitaria como profesión. Una historia de discursos y de prácticas", Prof. Lucía Rossi y col. Buenos Aires, Eudeba, (Págs. 205-212).

Rodríguez Sturla, Pablo (2009):"Telma "Las características de la Historia Clínica psiquiátrica infantil en Telma Reca". En Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, UBA, agosto de 2009. Tomo III (págs. 437-439).

FICHAS E HISTORIAS CLINICAS EN EL CAMPO DE LA INFANCIA EN ARGENTINA[13]

Claudia Castillo

Resumen:

Se revisarán en este trabajo la ficha de ingreso del Hogar "Santa Rosa" del cual la Dra. Carolina Tobar García fue jefa del gabinete psicopedagógico, teniendo en cuenta allí que datos eran requeridos: Que criterios de evaluación eran utilizado, con qué elementos contaba la psicología en ese momento, que concepción de sujeto infantil guiaba la clasificación de las niñas para su posterior derivación. De que modo pesaba la personalidad como concepto desde donde evaluar y analizar ciertos fenómenos. A su vez como la necesidad de creación de "escuelas de adaptación" como lugar donde incluir a los niños con "retraso mental" estaba en la esfera de todas estas construcciones. En un segundo momento, se tomarán una serie de fichas clínicas del Hospital infanto-juvenil Carolina Tobar García, a partir de la hipótesis de que en el pedido de información sobre los pacientes que las mismas consideran pervive aún una perspectiva que considera al sujeto en su situación social, familiar, económica y cultural y que esto último deberá ser tenido en cuenta a la hora de efectuar un diagnóstico. A la vez se evidencia un cambio en tanto el Hospital, creado recién en 1968 surge no sólo como lugar de clasificación y observación sino como un sitio donde los niños con ciertas patologías podían ser tratados.

Palabras Claves: Fichas-Historias clínicas-sujeto infantil- instituciones.

Antecedentes:

Como es señalado en otros trabajos, Rodriguez Sturla, P. (2001,p.7) , esta médica psiquiatra dedicada a la infancia, formó parte del Consejo Médico Escolar teniendo a cargo el Consultorio Psicofisiológico desde 1934.

En la Memoria del Cuerpo Médico Escolar del año 1924, dirigido en ese momento por el Dr. Enrique M. Olivieri, se subraya la importancia de que el Consejo cumpliera la función social que le correspondía en armonía con el progreso de la higiene social. En

---

[13] (2008). *Actas IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis,* 3 y 4 de octubre de 2008 - Facultad de Medicina – UBA - Ciudad de Buenos Aires

ese momento, entre los consultorios con los que contaba la Inspección Médica Escolar, no encontramos ninguno tendiente a evaluar el estado psicológico del niño.

Carolina Tobar García tiene a su cargo el Consultorio Psicológico del Cuerpo Médico Escolar desde 1934, y luego logra el cargo de inspectora médica escolar en el grado de Oficial Mayor hasta 1957.

De las instituciones que crea y de las que forma parte la que nos interesa destacar es el Hogar "Santa Rosa" del Patronato Nacional de Menores, del cual fue jefa del gabinete Psicopedagógico entre 1938 y 1944, lo interesante de este último es que se trataba de una "Casa de ingreso" de niñas, lo que quería decir casa de observación, de estudio y de clasificación.

Objetivos y plan de trabajo

Relevar datos que sean requeridos en distintas instituciones en las que participó Carolina Tóbar García bajo la forma de fichas.

Se analizará bajo qué criterio y con que concepción de la Psicología infantil se solicita en la anamnesis cierta información. (Si ya hay ciertos Test psicométricos tomados como parámetro, qué idea de sujeto infantil está en juego, cómo está presente el factor ambiental/situacional, etc.)

Con posterioridad, se comparará este material con historias clínicas del Hospital Carolina Tobar García desde su creación (1968) hasta los años 80'.

El Hogar "Santa Rosa"

El 27 de abril de 1938 se crea por un decreto del P. E. , expedido por el Departamento de Justicia, el Amparo "Santa Rosa" que se inaugura el 29 de diciembre del mismo año. En la Argentina, la sistematización del estudio individual del niño se comienza en el año 1905 cuando se crea la oficina médico-legal del antiguo Asilo de Reforma de Menores Varones y se continúa más tarde después de la sanción de la Ley Agote en la Alcaidía de Menores y en los establecimientos del Patronato Nacional. Carolina Tobar García explica que todas estas medidas abarcaban no sólo a los niños comprendidos en la esfera del delito, sino que se extendía a todos aquellos que estuvieran internados por cualquiera de las múltiples causas de desamparo. (Tobar García, C. 1942, p.19). Esta labor de clasificación que se hacía en el Hogar tenía un objeto próximo y otro mediato. En cuanto al primero se informaba en cada caso a la

autoridad que disponía de la menor sobre el estudio practicado en el establecimiento (antecedentes ambientales, conclusiones de los exámenes físico y psíquico) y se aconsejaba sobre la resolución que debía tomarse con respecto al destino de cada niña. En cuanto al segundo, tenía que ver con la elaboración de la estadística que marcaría índices para fundamentar la legislación de carácter social.

Cabe señalar que la población se internaba en el Hogar de modo transitorio, y no se trataba ni de una casa de educación ni de reeducación y sólo se demoraba su estadía por la "carencia de institutos espaciales para orientación y tratamiento de las menores "difíciles"".

Resultan muy interesantes las observaciones realizadas por la misma Carolina Tobar García cuando menciona la dificultad de trasplantar cualquier sistema clasificatorio de los conocidos en Europa o en EE.UU. en principio, por la población heterogénea del hogar y porque el excesivo psicometrismo resultaba inoficioso entre nosotros, por no tener adonde derivar a ciertos casos. Asimismo manifiesta que se iba a estudiar la personalidad aunque esta se encontrara en plena evolución. Dos nociones eran consideradas como objetivas en dicha evaluación, el rendimiento y el carácter. En cuanto al rendimiento permitía observar de manera indirecta el estado de desenvolvimiento intelectual y el psiquismo. El carácter expresa (según la concepción de ese momento) la relación que une los diversos movimientos psíquicos innatos y adquiridos.

La ficha de ingreso

En función de lo anteriormente manifestado en la ficha de examen de ingreso se consignaba:

Nombre y apellido: Edad:

Enviada por: (Patronato , jueces, defensores)

Antecedentes personales inmediatos:

Inspección: Fisonomía

Mímica

Actitud

Interrogatorio: aptitudes adquisitivas:

Capacidad de elaboración:

Lenguaje

Escolaridad

Adaptación circunstancial:

Discusión:

Conclusión:

Esta era una primera aproximación al estudio de la menor que entraba a la institución a partir de los resultados obtenidos, se había realizado una clasificación que dividía a las niñas en seis grupos, sólo mencionaremos aquí los nombres de cada uno de ellos. Ier .grupo: niñas normales, 2do.débiles mentales simples, 3ero. Débiles mentales desarmónicas,4to. grupo: niñas con rendimiento mental normal pero con dificultades de comportamiento, 5to. grupo: niñas de psiquismo desarmónico o "personalidades anormales",6to. grupo: alienadas, imbéciles o débiles mentales muy profundas.

Una vez que se les daba entrada al hogar en el legajo o ficha o historia clínica, se iba a consignar:

Datos personales: nombre y apellido, fecha de nacimiento, raza, nacionalidad, lugar de nacimiento, cuando ingresaba o egresaba del establecimiento. Cabe señalar que esta primera hoja se requería también: el sobrenombre o apodos y se incluía la impresión dactiloscópica del pulgar y dos fotografías, una tomada al ingreso y otra al egreso.

Luego había una grilla muy exhaustiva que correspondía al ítem Familia de la menor, allí se tenían en cuenta: Antecedentes biológicos y sociales, antecedentes patológicos y antecedentes policiales y judiciales.

Antecedentes biológicos y sociales: allí en una grilla pormenorizada se pedían los siguientes datos: nombre y apellido, sexo, edad, nacionalidad y religión, raza, estado social, instrucción, profesión y ocupación; de los abuelos maternos y paternos, del padre y de la madre de esta última se incluían todos los embarazos que hubiese tenido. Luego se debía indicar con quién vivía la menor si con parientes o extraños y sus nombres.

Antecedentes patológicos: se debía señalar cuales de todos los que rodeaban al menor o eran sus parientes habían padecido: sífilis, tuberculosis, enfermedades nerviosas o mentales, alcoholismo, suicidio.

Antecedentes policiales y judiciales: aplicado a todos los anteriores actores debía señalarse si habían cometido, homicidios, robos, prostitución, comercio ilícito, vagancia, mendicidad u otros ilícitos policiales o judiciales.

Por último, se señalaba el estado de salud de ese momento de cada uno de aquellos relacionados con la menor o si alguno había fallecido.

En la segunda hoja se había una extensa grilla que tenía por título: Vínculos de los progenitores. Dicha grilla separaba las uniones legales de las ilegales y a continuación pedía datos sobre:

Progenitores → Uniones Legales

– Matrimonios, separaba en: Completo, Incompleto cada uno de estos ítems tenía las siguientes sub-divisiones: → Muerte, Abandono, Desaparición, Separación

Que debían tenerse en cuenta tanto en

Padre 1, 2, 3,4 –

Madre 1, 2, 3, 4 – (Nº de orden de las uniones), al final había una pequeña columna que indicaba: Único, Subsiste,

En cuanto a uniones ilegítimas se pedían los mismos datos pero al final de la grilla se agregaba: subsiste y múltiples y también: Adulterios, incestos, relaciones sexuales, ocasionales, consanguinidad, y al final: observaciones.

Como cuestión a destacar podemos decir que la situación social, vincular, habitacional va a subsistir mucho más adelante en lo requerido en las historias clínicas del Hospital. En función de esto el siguiente requerimiento era:

VIVIENDA

Número de habitaciones (1, 2, 3, 4, 5 o más) / Número de personas por habitación → Varones, Mujeres / Número de lechos / Detalle de las personas que ocupan cada lecho (1, 2, 3) / Descripción de instalaciones sanitarias y condiciones higiénicas de la vivienda.

Observaciones:

A continuación se solicitaba:

SITUACION ECONOMICA

Familia / Contribuyen al sostenimiento / Hábitos de trabajo / Causa de la desocupación / Observaciones / Clasificación → Acomodada, Pobre, Indigente, Miserable. (Reseña de las condiciones materiales y morales del hogar.

Luego se pasaba a:

ANTECEDENTES PERSONALES

Nacimiento, primer desarrollo neurológico, infancia (enfermedades, etc.), escolaridad, menarquía, manifestaciones sexuales (normales y anormales), violación, seducción, etc, comportamiento (vagancia, mendicidad, fugas, prostitución, etc.),trabajo, testimonio de los patrones, antecedentes policiales y judiciales, y causas por las cuales se solicita su internación. Luego se realizaba un exhaustivo examen físico.

EXAMEN FISICO

Fecha:

-Peso actual:

-Talla:-Talla para su edad:

-Peso teórico:

Nutrición general:

Tipo constitucional:

Facies:

Piel y sus anexos:

Tejido adiposo (desarrollo y distribución):

Ganglios

Sistema muscular:

Esqueleto (desarrollado, conformación, etc.):

Temperatura:

2 – Cabeza:

Cráneo:

Ojos (examen semiológico):

Garganta, nariz y oído:

Dientes (ver esquema):

Cuello:

Tórax:

Aparato Respiratorio, Aparato Circulatorio:

Abdomen (sensibilidad, puntos dolorosos, etc.)

Hígado, Bazo, Aparato digestivo

Aparato urinario:

Aparato genital:

Anamnesis genital, Examen: (genitales externos e internos)

Sistema nervioso y neuroendocrino:

Sensibilidad:

Dinamometría: mano derecha, mano izquierda.

Reflejos:

Visión: ojo derecho, ojo izquierdo

Audición: oído derecho, oído izquierdo

Exámenes complementarios: Sangre, Orina, Flujo, Radiografía, Etc.

Observaciones, Resultados obtenidos,

Observaciones en el momento del egreso:

Finalmente se realizaba un **EXAMEN PSIQUICO**

Esfera intelectual:

Atención:

Percepción:

Memorias:

a) Fijación:
b) Conservación, evocación y reconocimiento:

Ideación:

Imaginación:

Capital de ideas:

Luego se tomaban los siguientes test:

TEST DE BINET – SIMON – TERMAN

Fecha:

Edad Civil:

(Test completo)

Edad mental:

Cociente de inteligencia:

Observaciones:

VIDA AFECTIVO – ACTIVA

Emotividad (normal, exaltada o disminuida):

Emociones prevalentes:

Humor habitual (variable, uniforme, depresivo, exaltado):

Tendencias, disposiciones, inclinaciones:

Manifestaciones sexuales:

Moralidad (autónoma o heterónoma):

Sentimientos (egoístas, altruistas, ideales):

Afectos familiares:

Actividad (automática, impulsiva, refleja, voluntaria):

Pica o malacia:

Juego:

Risa (inadecuada, motivada, "risas locas"):

Hábitos (de higiene, de trabajo, de orden):

Aspiraciones:

Aptitudes especiales:

Temperamento y carácter:

Síntesis:

Todos estos requisitos permitían clasificar a las niñas y realizar su posterior derivación, pero también daban una idea de la concepción del sujeto-niño que se manejaba en ese momento y como los desarrollos de la psiquiatría y psicología infantil contribuían con sus distintas herramientas o desarrollos a ubicar al niño en un lugar o en otro.

En un artículo de la misma revista, *Infancia y juventud* (Tobar García C. 1942, p. 86) referido al estudio de la personalidad integral del niño ella se refiere a este concepto, explicando que reúne lo vegetativo, lo orgánico, las aptitudes psíquicas de exploración, recepción y elaboración y también el espíritu. En el estudio de la personalidad entran en juego los factores constitucionales y sociales. Entonces la ficha que habían elaborado, les permitía realizar un "corte longitudinal del psiquismo". En dicho estudio, ella destaca tres momentos: los seis años, la pubertad y la adolescencia; describiendo una crisis para cada uno de esos momentos; crisis mental para la primera etapa, crisis afectiva o psíquica para la segunda y en la tercera se trata de una crisis espiritual.

Es interesante destacar, aunque tal vez podría ser objeto de otro trabajo, el concepto de "moralidad infantil" ya que sostenemos que persistirá en el armado de las historias clínicas del hospital en épocas más cercanas a la actualidad. Carolina Tobar va a

sostener que la primera moral del niño es el ambiente, el niño nace, crece y se desarrolla en una sociedad de adultos; tiene que obedecer a un mundo estructurado, debe realizar una adaptación física, mental y espiritual. La moral del niño es heterónoma, es decir de los otros.

En síntesis, este artículo cifra la explicación teórica de lo que la ficha plasmaba o requería desde el punto de vista práctico.

Las historias clínicas del Hospital Carolina Tobar García

En principio cabe mencionar, que respecto de los otros hospitales que integran la llamada "manzana de la locura", la creación del Hospital Carolina Tobar es bastante tardía. Dicho hospital fue creado en 1968, ocupando uno de los edificios del predio del Borda había sido pensando para muchos destinos antes de ser inaugurado, como por ejemplo una escuela de enfermería.

El Tobar García cumplió 38 años y nunca tuvo una obra de ampliación -hasta el año 2006. El antecedente, en cuanto a utilización del espacio circunvalado por sus muros, se da cuando la escuela que funcionaba en el tercer piso es reemplazada por una pequeña sala de internación para niños menores de 12 años –los que antes se solían internar, mientras estuvieran tranquilos, en el cuarto piso con las mujeres. La escuela especial, que responde a un linaje directo con el discurso de Carolina Tobar García, fue trasladada al edificio contiguo que, sobre la calle Ramón Carrillo, vio la luz entre el Borda y el Tobar.

Volvamos a una de nuestras hipótesis de este trabajo, en la misma sostenemos que una muestra de historias clínicas censadas en el Hospital (**) encontramos la solicitud de algunos o varios de los datos requeridos, por ejemplo, en la ficha del Hogar "Santa Rosa".

El material del que disponemos se compone de algunas historias clínicas de los años 1962,1963, 1964, y otras de los años 75, hasta los 80´ aproximadamente. En las mismas encontramos que:

Hay una primera hoja cuyo encabezado es: Identificación y diagnósticos

En dicha hoja se consignaba: apellido y nombres, sexo, dirección, domicilio, como llegó a la institución (si por orden judicial ó traído por los padres o remitido por algún establecimiento)-

Si tuvo otros tratamientos o incluso internaciones. En la primera hoja había un casillero donde debía consignarse grupo sanguíneo, y la impresión del pulgar derecho, esto casi nunca se completaba.

Luego hay una segunda hoja designada como historia social, en donde vuelve a consignarse nombre y apellido, pero a su vez esta va a tener al costado de la primera hoja un ordenamiento que está desglosado del siguiente modo:

1. Estudio ambiental

1.1 Características socio-culturales del barrio en que vive.

1.2 Casa (alquilada, propia, cedida)

1.2.1 colectiva o independiente

1.2.2 número de personas que la habitan

1.2.3 número de ambientes

1.2.4 tipo de construcción (paredes, techos, etc)

1.2.5 servicios sanitarios (agua, luz)

1.2.6 condiciones higiénicas de la vivienda (ventilación, aseo, orden)

1.2.7 descripción del mobiliario

1.2.8 monto de alquiler mensual

1.2.9

2. Situación económica

2.1 Ingresos (padre, madre, hijos, otros, subsidios, pensiones, seguros, jubilaciones)

2.2 Gastos (alquiler, luz. Sindicatos, mutual, escuela, alimentación, diversiones, deudas fijas, clubes, otros)

2.3 Propiedades y rentas

3. Alimentación

3.1 Alimentación predominante (carne, leche, frutas, verduras, pastas)

3.2 Bebidas(tipo y cantidad)

4. Situación moral, cultural y social:

4.1 Procedencia de la familia, tiempo de residencia en la zona

4.2 Entradas policiales

4.3 Si hay en la familia delincuentes, desadaptados, etc.

4.4 Relaciones con los vecinos.

4.5 Tipo de familia

4.5.1 nuclear

4.5.2 extensa

4.5.3 residual

4.6 presencia de padrastro o madrastra.

En una tercer hoja se hacía una anamnesis donde se ubicaba el motivo de consulta y los antecedentes patológicos familiares, luego se consignaba el diagnóstico, entiendo que presuntivo, el tratamiento propuesto y las firmas correspondientes.

En el diagnóstico más ampliado se le suministraban al paciente diferentes tests, el Bender, el HTP, otros, a partir de 1970 en algunas historias clínicas aparece tomado y evaluado el test desiderativo. A partir de 1980 se tienen en cuenta para el diagnóstico exámenes neurológicos más sofisticados como la tomografía computada.

En otra faceta de la historia clínica se tiene en cuenta el estado judicial del paciente, se consigna como ítem 5. Situación jurídica

Dentro del mismo hay los siguientes sub-items:

5.1 ¿Se ha tramitado juicio de insanía ?

5.2 ¿Se tramita?

5.3 Juzgado, secretaría, ciudad

5.4 Curador provisional, dirección

5.5 Curador definitivo, dirección.

5.6 Asesor de incapaces, dirección.

5.7 ¿Qué hace el curador para beneficiar a su curado?

Otra información pedida corresponde a la descripción de la enfermedad(esta no esta presente en las primeras historias sino con posterioridad)

1. Enfermedad actual

    1.1. Descripción

    1.2. Circunstancias de aparición.

    1.3. Características de sus síntomas

2. Antecedentes:

2.1. Complicaciones en el nacimiento:

2.1.1 eclampsia:

2.1.2. parto distócico

2.1.3. anorexia

2.1.4. prematurez

2.2 Desarrollo y enfermedades de la niñez

2.2.1. signos de maduración;

2.2.2. Complicaciones post-meninoencefálicas

2.3. Principales enfermedades, operaciones y traumatismos:

2.3.1. hospitalizaciones;

2.3.2. medicaciones.

2.4. Sistema nervioso:

2.4.1. Traumatismo de cráneo

2.4.2. pérdida de conciencia y duración;

2.4.3. convulsiones;

2.4.4. parálisis

2.4.5. paresias;

2.4.6. trastornos del lenguaje y de la escritura.

2.5. Toxicomanías

2.5.1. alcoholismo;

2.5.2. drogas

2.6. Hábitos e intereses.

2.7. Historia sexual.

2.8. Historia marital

2.9. Embarazos,

2.10. Hijos

Es importante destacar que sólo muy pocas historias clínicas piden y tienen consignada la información requerida, en muchos casos, ciertos datos más influenciados por cierta concepción del psicoanálisis u otros de la psicología evolutiva vienen al lugar de otros que figuran en lo requerido por impreso en la

historia clínica. Me refiero por ejemplo, a la descripción de un día en la vida del niño, que estaba presente en la anamnesis creada por Arminda Aberastury ó ciertos datos referidos a cuando dejó los pañales, cuando dijo sus primeras palabras, cuando comenzó a caminar que tienen que ver con parámetros de desarrollo evolutivo del niño.

Primeras conclusiones

En una primera instancia de nuestra investigación, se trata de un estado de trabajo recién comenzado, que está prácticamente en el momento de búsqueda de fuentes, podemos subrayar que encontramos similitudes entre la ficha del Hogar "Santa Rosa" y las primeras historias clínicas del Hospital Carolina Tobar García. El peso de lo escolar y las dificultades de los niños que no encajan en la escuela común, fue una preocupación permanente de Carolina Tobar García, que hizo que por su empeño se creara la primera "Escuela primaria de Adaptación" en 1942 para niños deficientes mentales o "retardados". Por otra parte, el factor del ambiente, familia, condiciones económicas, sociales y culturales que inspiran sus desarrollos teóricos, aunque también pesa el modelo médico, también persiste en las historias clínicas hasta donde hemos podido verificar en los datos recopilados hasta el momento.

Bibliografía:

Falcone, R.: Proyecto de investigación Científica o de Innovación Tecnológica Programación científica 2008-2010 Codirectora

Rodriguez Sturla P.:"Carolina Tobar García: la infancia con dificultades educativas"en Lucía Rossi y cols. *Psicología: su inscripción universitaria como profesión*, Buenos Aires, Eudeba, 2001

Rossi, L. : Proyecto de investigación Científica o de Innovación Tecnológica. Programación científica 2008-2010 Directora.

Tobar García, C. "Cociente evolutivo psíquico normal de la edad escolar" en revista *Infancia y juventud* N° 15, Buenos Aires, 1940

Tobar García, C. "Estudio de la personalidad del niño" en revista *Infancia y juventud* N° 24, Buenos Aires, 1942.

Tobar García,C. "Hogar Santa Rosa. Casa de Observación y clasificación" en revista *Infancia y juventud* N° 23, Buenos Aires, 1942.

DIAGNÓSTICOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR A PARTIR DE LAS FICHAS ELABORADAS POR CAROLINA TOBAR GARCÍA[14]

Claudia Castillo

RESUMEN

En 1944, Carolina Tobar García obtiene su título de Dra. En Medicina por la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, con la tesis titulada "Higiene Mental del Escolar"; dicho trabajo publicado por la Editorial Ateneo un año después parte del trabajo de elaboración realizado a partir de alrededor de 5000 casos, que surgen del análisis de las fichas del Cuerpo Médico Escolar del Consejo Nacional de Educación, del Hogar Santa Rosa, y del Consultorio de Niños de la Liga Argentina de Higiene Mental. En este trabajo nos interesa analizar qué diagnósticos surgen a partir de las fichas creadas por la doctora y a partir de los mismos como se clasificaba a los niños y niñas para su posterior derivación. A diferencia de la ficha confeccionada por Telma Reca que es un elemento de trabajo en el tratamiento del niño, las fichas que elaboró Carolina Tobar García son una herramienta de clasificación que ubica a los niños en una escuela o en otra, o en un instituto para ser tratados. Partiremos de trabajos de investigación anteriores en la temática (Rodriguez Sturla, 2001, 2009) y de las elaboraciones de la propia autora en sus tesis y en otras fuentes.

PALABRAS CLAVE: diagnóstico - clasificación - fichas – niños.

INTRODUCCIÓN

En su libro *Higiene mental del escolar* (1) la Dra. Carolina Tobar García explicaba que el estudio de conjunto sobre 5000 casos de niños y niñas pertenecientes las instituciones de las que ella formaba parte, resultaba importante para un proyecto de psico-profilaxis y que su interés eran los problemas de adaptación del niño a la escuela pública. Nuestro interés tiene que ver con las clasificaciones y los diagnósticos que

---

[14] (2009). Actas del X Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis, 10, pp. 59- 66

surgen de las fichas utilizadas en el Cuerpo Médico Escolar del Consejo Nacional de Educación, El Hogar Santa Rosa y el Consultorio de niños de la Liga Argentina de Higiene Mental.

En trabajos anteriores, (C. Castillo, 2008) hemos analizado el protocolo de la ficha clínica del Hogar Santa Rosa, y evaluando con qué criterio y con qué concepción de la Psicología infantil se solicitaba en la anamnesis cierta información. (Si había ciertos Test psicométricos tomados como parámetro, qué idea de sujeto infantil estaba en juego, cómo estaba presente el factor ambiental/situacional, etc.).

OBJETIVOS

Nos proponemos analizar, los resultados de la investigación llevada a cabo por la Dra. Carolina Tobar García durante diez años de observación y clasificación de niños en las instituciones antes mencionadas, en su caso, el análisis de los datos obtenidos a la luz de la Higiene mental infantil podría dar como resultado un plan que podría llevarse a cabo progresivamente.

Interesa destacar, a la luz de las diversas clasificaciones actuales y de los debates sobre diagnósticos en la infancia, en la actualidad, la vigencia de ciertas afirmaciones de la Dra., como aquella que señala la falta de coordinación entre la clínica psicológica y psiquiátrica infantil y la pedagogía. A la vez, aunque los modos de nominar los diversos trastornos de la infancia resulten diferentes, la fenomenología de los problemas de los niños en edad escolar son significativamente semejantes.

Las diversas fichas elaboradas por Carolina Tobar García, a diferencia de las que confecciona Telma Reca, sirven para diagnosticar y luego derivar. A lo largo de este trabajo intentaremos fundamentar esta última afirmación.

Las diversas clasificaciones

En primera instancia, se va a separa a los niños en normales y retrasados o anormales, estos últimos no pueden estar en las escuelas comunes. Rápidamente surge otra denominación que es la de “retardado pedagógico”, traducida del francés y que aparentemente, no tenía un significado preciso para la psicología, ni para la organización escolar.

También existían diferencias entre los retardados según se tratara de: retardados por defectos sensoriales: miopes, sordos, otros; retardados pedagógicos, que tenía que ver con la acción de un medio desfavorable, y retardados por déficit psíquico.

Ella reproduce un cuadro de equivalencias y traducciones de los distintos cuadros, donde aparecen sinonimias entre lo que se llama: *Arrieré* y *retardè* los anormales psíquicos verdaderos, se ubican bajo la primera rúbrica, los falsos anormales se ubican bajo la segunda, también hay anormales de la inteligencia, débiles mentales, etc.

Bajo la denominación "falsos anormales" siguiendo a Sancte de Santis, se ubican niños de distinto tipo y la definición es bastante imprecisa, ya que se trata de sujetos "no del todo normales"; que pueden ser pretuberculosos, débiles físicos, sordos parciales, etc.

Así mismo hay que subrayar que la psicotecnia ya había echado sus bases en la época en que la autora hace sus desarrollos y el concepto de edad mental de Binet, como correlación entre inteligencia y rendimiento, está presente en algunas de las clasificaciones y mediciones de la inteligencia y los modos de clasificación de los niños. Sin embargo, Carolina Tobar afirma que "la edad mental no es la consecuencia única y exclusiva de la edad cronológica, sino de una causalidad múltiple." Siempre ella va a considerar que al lado de las pruebas intelectuales debe estar la consideración del ambiente, y esto está muy presente en los datos requeridos en las fichas que ella confecciona.

Interesa enumerar la sintomatología más frecuente que ella encuentra en las fichas escolares:

1º Vómitos antes de partir para la escuela.

2ºDespeños diarreicos en la escuela.

3ºMareos, tics, tartamudez, convulsiones, ausencias.

4º Hiperactividad. Turbulencia.

5ºIrascibilidad.Impulsividad. Hurtos. Pendencia.

6ºAislamiento.Humor sombrío. Actos extravagantes.

7ºMutismos. Amenazas de suicidios.

8ºManifestaciones de sexualidad precoz.

9ºSensación de extrañeza.

A su vez, ella confecciona algunos grupos:

1º Trastornos indiferenciados de inestabilidad, imposibles de catalogar en un síndrome determinado. La inestabilidad está ligada a una hiperactividad y a veces llega a la turbulencia, es inescolarizable sino se consigue reducir ese síntoma.

2ºInestabilidad con fatigabilidad. En un estudio del Cuerpo médico Escolar realizado en el año 1939, se había llegado a la conclusión de que algunos padecimientos de los niños estaban ligados a déficits de alimentación. En este sub-grupo se ubican los "falsos anormales", que ya hemos mencionado, su número disminuye espontáneamente con la edad y merced a factores favorables de la vida misma, lo que más destaca es su fatigabilidad manifiesta.

3º Fenómenos de la serie epileptoide.

4º Síntomas psíquicos propiamente dichos, sin *sustractum* orgánico aparente.

5ºAnomalías de comportamiento condicionadas por la falta de educación.

Estos últimos dos grupos son para ella los que tienen más significación para la Higiene Mental y Social, ellos presentan síntomas de hipocondría y depresión, obsesiones, fobias, manifestaciones histéricas e histeroides, esquizotimia y perversidad.

De la ficha que se utilizaba en el *Consultorio Psico-Fisiológico*, del Cuerpo Médico Escolar, que Carolina Tobar García había confeccionado para el examen somato-psíquico, se averiguaba la naturaleza del problema, la etiología del mismo, su patogenia y evolución; se dejaba sentado el tipo clínico y el nivel mental de cada alumno.

Entonces, de acuerdo a estos datos se clasificaban del siguiente modo:

Por la etiología: constitucionales, tóxicos, infecciosos, traumáticos, por imitación.

Por su base orgánica: orgánicos, funcionales o sintomáticos.

Por la evolución: formas agudas y crónicas, estacionarias y progresivas, episódicas y continuas, transitorias y definitivas.

Por el cociente de inteligencia: frenasténicos, débiles mentales, sub-normales ,medios, inteligentes y superdotados.

Por la edad mental hay niños de nivel pre-escolar, es decir que pueden aprender pero no pueden adaptarse a los programas regulares de primer grado.

Por el pronóstico educativo, se dividen en in-escolarizables y escolarizables.

En cuanto a la terminología clasificatoria, los autores que más va a utilizar son: Vermeylen(2) para lo que se refiere a débiles mentales; y la “paratonía” Dupré para la constitución hiperemotiva y mitomaníaca; Collin para el síndrome de retardo neuro-muscular. En psicología infantil los autores utilizados fueron W.Stern y Carlota Bühler.

En su tesis, Carolina Tobar García transcribe una lista de niños examinaos y clasificados desde 1934 a 1943:

Débiles mentales armónicos…….…… 737

Débiles mentales desarmónicos……. 315

Con inestabilidad psico-motora

hiperemotiva……. . 623

Epilépticos o epileptoides……. 201

Falsos anormales……1.250

Idiotas e imbéciles……. 93

Coreicos, post-encefalíticos, hemipléjicos……. 113

En observación……. 676

Estudios incompletos…… 392

Total…… 4.400

Hacia el final de estos resultados hay una serie de aclaraciones para cada grupo, lo cual a su vez relativiza el peso de las clasificaciones, ella aclara que la valoración de la inteligencia es pragmática y que se realiza en función de la época y del medio.

Algunas fichas a modo de ejemplo

En esta oportunidad, seleccionamos dos de los casos que figuran en el libro *Higiene Mental del Escolar*, para ver el modo en que se realizaba el diagnóstico, cuál era el pronóstico de cada caso y cuáles las posibilidades de tratamiento.

El primer caso se trata de un niño de 11 años atendido en la Liga Argentina de Higiene Mental, en el año 1937.

Lo trae la madre por haber observado en él numerosas alteraciones de la conducta: impulsividad, violencia y una actitud desconfiada. Se lo describe como un niño de buen desarrollo corporal y buena nutrición; ha sido sano nunca ha necesitado médico. Es hijo único. El padre y dos tíos de esa rama son alienados, la madre es sana.

En la anamnesis se relata que el niño vivió cuatro años en una atmósfera de inquietud creada por la enfermedad del padre que era un delirante perseguido.

La recomendación de la doctora es que se debería deslindar el *cuantum* hereditario y adquirido, como también su estudio humoral que no se llegó a realizar.

La primera indicación fue el cambio de ambiente, ya que en el hogar había todavía una espina irritativa. También se considera el factor hereditario, en la rama paterna, aunque en la rama materna había normalidad; entonces no había concurrencia de factores genotípicos, pero sí "convergencia" en el sentido de Stern ya que la alienación del padre crea una especie de caldo de cultivo para el niño que además era hijo único. La conclusión final muestra que en ese momento podían detectarse las patologías pero no tratarlas, ya que la autora manifiesta: "Este niño no pudo gozar de tratamiento ideal, por falta de un establecimiento apropiado".

El segundo caso, es un niño de 11 años y 7 meses, atendido en el Consultorio Psico-fisiológico del Cuerpo Médico Escolar, en 1938.

Se menciona de entrada que es hijo de extranjeros, y que hay hábito alcohólico en ambas ramas progenitoras. Fue derivado porque el niño había comenzado a realizar una serie de rarezas desde hacía seis meses, por ejemplo hacerse clavar plumas de escribir en la mano y en el brazo. Se quejaba de dolores articulares en brazos y piernas pero no sentía los dolores de los pinchazos. Según el relato de la madre antes era más bien miedoso e incapaz de pegar a nadie y en el momento de la consulta, tiene días de agresividad durante los cuales pega a sus compañeros sin que para él hubiera hecho nada malo. Se miraba frecuentemente en el espejo y bailaba haciendo gestos y morisquetas y hablando solo. Nunca jugó con niños de su edad pero sí miraba lo que ellos hacían. La anamnesis no revela nada patológico en sus antecedentes primeros. Hay datos que se consignan pero no se extrae ningún tipo de conclusión de ellos, por ejemplo el hecho de que el niño había nacido en España y que se había venido a la Argentina solo con su madre mientras que el padre debió quedarse a causa de la guerra civil. Al llegar aquí, como la madre debía trabajar fue internado en un Asilo. Por otra parte, si bien su rendimiento intelectual en la escala de Terman era bueno, había repetido primero inferior y segundo grado, y había variaciones en la atención, risas inadecuadas, variaciones del humor, actos involuntarios.

La evaluación del equipo y la doctora es el siguiente: “A pesar de que su historia escolar es poco favorable y su rendimiento es pobre, se puede eliminar la debilidad mental; en la sintomatología predomina la serie esquizofrénica con una enorme riqueza y variedad de síntomas. Se impone el tratamiento psiquiátrico en un establecimiento adecuado. Dichos establecimientos están todavía en proyecto, pero resulta contraproducente su internación en el Hospicio. Por esta razón su tratamiento es incompleto y el enfermo queda casi librado a su destino.”(3)

Queda por analizar alguna ficha de ingreso del Hogar Santa Rosa, que cuyo protocolo ya he analizado en un trabajo anterior.

CONCLUSIONES

Al finalizar, el análisis de los distintos ejemplos de los casos de niños y niñas de las tres Instituciones mencionadas, Carolina Tobar manifiesta el valor relativo de toda clasificación psíquica o intelectual, ya que piensa que no debe ser tomada como absoluta, o sea definitiva. El marco conceptual desde donde se analizan los distintos datos es el de la Higiene Mental, en el pronóstico y evaluación de los distintos niños este punto de vista está presente, donde priman el criterio de transmisión hereditaria de la enfermedad mental, la regulación de la influencia ambiental, el combate contra infecciones e intoxicaciones que generan la locura, principalmente la sífilis y el alcoholismo, el cuidado de los niños sanos y la aplicación de políticas de prevención y el tratamiento médico-pedagógico para los niños considerados anormales. Entre los diagnósticos más mencionados se encuentra el de los “falsos anormales”, nominación proveniente de Sancte de Santis, pero que es definido de distintos modos a lo largo de la tesis. Cabe mencionar que la Dra. Carolina Tobar aparece como una gran diagnosticadora, no habla de tratamientos posibles de estos niños, sino de donde derivarlos, su ámbito es el escolar en relación con el campo de la salud y con una idea principal que era que todos los niños de uno u otro modo deberían ser incluidos en la escuela. El “niño difícil”, como aquel que tiene dificultades de adaptación, al que la autora dedica un capítulo en particular, será objeto de otro trabajo. Sin embargo, ella sitúa el ámbito donde debe ser abordado como médico-pedagógico, definiendo al “niño difícil” como aquel que tiene dificultades de adaptación, distinguiendo al niño difícil del indisciplinado, podemos adelantar que para ellos la Dra. no espera un

tratamiento sino una reeducación, entendiendo esta última como neo-formación de hábitos y modificación del sistema de acciones y reacciones.

REFERENCIAS

Castillo, C. (2008), "Fichas e historias clínicas en el campo de la infancia en la Argentina". Trabajo presentado en el IX Encuentro de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis.

Rodriguez Sturla, P. (2001), "Carolina Tobar García: la infancia con dificultades Educativas", pag.197-204, en *Psicología: su Inscripción universitaria como profesión,* Buenos Aires, Eudeba.

Rodriguez Sturla, P. (2009), "Las características de la historia clínica psiquiátrica Infantil en Telma Reca", trabajo presentado en las Quinto Encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur". Buenos Aires, 6,7 y 8 de agosto de 2009.

Tobar García, C (1945), *Higiene mental del escolar*. Buenos Aires: El Ateneo.

ACERCA DE LA CONCEPCIÓN DE NIÑO EN EL ABORDAJE FICHAS (1940- 1944)[15]

Jardón, M., Fernández, V.

RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en las líneas de investigación propuestas en el proyecto: "Psicología en Argentina (1900- 1957): criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación: historias clínicas, fichas, informes, según contextos políticos y áreas profesionales." (Directora: Dra. Lucía A. Rossi)

A través del relevamiento y análisis de cuatro modelos de fichas nos proponemos dar cuenta de la concepción psicológica del niño que se desprende de las mismas. A su vez se considerara su sistematización según el contexto político-social. En este caso el período abordado será de 1940 a 1944.

Del *corpus* comprendido por las cuatro fichas mencionadas se destaca que tres de ellas se denominan médico-pedagógicas y una psicofísica. Se dará cuenta de los objetivos que cada ficha relevada pretende alcanzar a través de su aplicación aunque se encuentra un denominador común ya que todas ellas tienen como finalidad la de conocer, evaluar, clasificar y orientar prospectivamente la vida del niño.

PALABRAS CLAVE: médico pedagógicas psicofísica educación

ABSTRACT

The present work is found in lines of investigation that proposed in the project called:" Psychology in Argentina (1900-1957) psychological criteria and signs of subjectivity in formal registers of documentation: Clinical histories, fiches, reports, as political contexts and professional areas." It is proposed to account of the psychological conception of child through the survey and analysis of four models of fiches. It will considerer the systematization in the social-political context. In this case, it will

[15] (2009). Memorias I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, *16(3)*, pp. 525-526.

considerer 1940-1944 period. The corpus of investigation is about four fiches that mentioned before. Three of them are called pedagogical and medical fiches and the other is psychophysical. The objectives in one of them are different but the common denominator is the knowledge, the evaluation, the classification and future orientation in life child.

The key words: medical pedagogical psychophysical education

Introducción:

El presente trabajo se propone dar cuenta de la concepción psicológica de niño que se plasma en las cuatro fichas relevadas. La ficha como diseño formal recolecta una amplia información sobre el niño, abarcando datos sobre su situación médica, social, psicológica y pedagógica. De la consideración del contexto histórico se destaca lo propuesto por la L. Dra. Rossi, enmarcando al período histórico concibiéndolo como un período de democracia con participación restringida (2001) a su vez se considera lo formulado por la Dra. R. Falcone respecto de la década del 40 "la asistencia es concebida no sólo en términos paliativos prestando auxilio a la pobreza y la indigencia, sino como un derecho que asiste al niño, a la mujer y al enfermo" (2005, p.131)

Fichas relevadas:

- Ficha integral médico-social-psico-pedagógica en *Asistencia médico- social del niño superdotado* (1940). Este trabajo fue presentado por el Dr. Vallejos Meana en el Primer Congreso de Higiene Escolar, realizado en la ciudad de La Plata en 1937 y fue comunicado a la Sociedad Argentina de Medicina Social en 1939.
- Ficha integral médico-social-psico-pedagógica en *Asistencia médico- social del infante superdotado Anulación de las mentalidades superiores por falta de protección* comunicado por el Dr. Vallejos Meana en la Sociedad de Medicina Social en 1941.
- Ficha médico-social-psico-somático-pedagógica publicada en *Sistema Integral de Establecimientos* (1942) fue presentada por el Dr. Vallejos Meana en la Segunda Conferencia Nacional de la Infancia Abandonada y Delincuente.

- Ficha individual psicofísica publicada en *Ficha para el conocimiento del niño el conocimiento del niño* del profesor René Girardi aplicada por el Cuerpo Médico Escolar dependiente del Consejo Nacional de Educación (1944)

Desarrollo

Lo expuesto en el trabajo *Asistencia médico- social del niño superdotado: ficha integral, médico- social-psico- pedagógica* (1940) fue presentado en el Primer Congreso de Higiene Escolar, realizado en la ciudad de La Plata en 1937 y fue comunicado a la Sociedad Argentina de Medicina Social en 1939.

La ficha reúne información sobre:

Antecedentes Raciales o Herencia Remota (raza de los ascendientes paternos y maternos, el número de generaciones, por ej.); Antecedentes Hereditarios o Herencia Próxima (alcohólicos, reumáticos, tuberculosos, etc.); Antecedentes Sociales (grado de cultura y moral de los padres y hermanos, higiene de la casa-habitación, entre otros); Antecedentes Personales (con respecto a la primera y segunda infancia, vocaciones predominantes, etc.) y Estado Actual (color de piel, característica de los cabellos, de la nariz, cara, ojos, etc.)

El objetivo es clasificar en categorías según el Cociente Intelectual de los alumnos para agruparlos de acuerdo a las mismas y asistir a los superdotados para potenciar sus aptitudes. Previamente se establece la edad mental de acuerdo a lo propuesto por Binet y Simón y mejorado por el psicólogo Terman. Luego de determinado el Cociente Intelectual se procede a la clasificación. Las categorías son: Genios, Creadores, Superdotados, Comunes, Subnormales, Pobres Mentales, Imbéciles e Idiotas. Un total de 152 menores pertenecientes al Patronato de la Infancia, al Instituto Ruiz Basualdo e Instituto Antonio Devoto fueron *fichados*. Los resultados fueron: 14 superdotados, 83 comunes, 50 subnormales y 5 pobres mentales.

Lo expuesto en el trabajo *Asistencia médico- social del infante superdotado Anulación de las mentalidades superiores por falta de protección* fue comunicado en la Sociedad de Medicina Social en 1941.

La *ficha* propuesta es la misma que la anterior, con la diferencia que en esta ocasión el objetivo es la protección e ideación de establecimientos especiales para los niños que

ingresen en la categoría de “superdotados” es decir, aquellos que posean un Cociente Intelectual dentro de los parámetros que van de 111 a 130 unidades. De 18 internados en el Establecimiento Devoto se encontraron siete pertenecientes a la categoría de “superdotados”. Se siguieron los estudios de estos niños hasta la edad de 12 años que es precisamente la edad a la que abandonan el Instituto.

Se pidió la intervención al Gabinete de Orientación Profesional del Museo Social Argentino, el gabinete estaba dirigido por Gregorio Fingermann. Las fichas dan cuenta de que fueron evaluados en: Agudeza de los órganos de los sentidos; Capacidad física; Habilidad Manual; Inteligencia Práctica Técnica e Inteligencia Idiomática.

Al categorizar a los niños, se delimita su situación “integral”, con el propósito de realizar un seguimiento prospectivo a los fines de orientar profesionalmente al futuro adulto según sus aptitudes. Aunque la propuesta final que se pretende alcanzar es la educación de los futuros funcionarios.

“En resumen, se crearía una escuela de dirigentes y, únicamente, se exigiría para el ingreso, el nivel mental y las aptitudes convenientes.” (Vallejos Meana, 1941, p.10)

El trabajo *Sistema Integral de Establecimientos* (1942) fue presentado en la Segunda Conferencia Nacional de la Infancia Abandonada y Delincuente.

La ficha denominada *médico-social-psico-somático-pedagógica* presenta los mismos puntos de evaluación que las anteriores pero aparecen agrupados en 8 ítems: 1º Antecedentes Hereditarios, 2º Antecedentes Ambientales, 3º Antecedentes Evolutivos referentes al Soma, Intelecto y Carácter, 4º Estado Actual físico general, 5º Estado Actual endócrino; 6º Estado Actual Psíquico: a) intelectual; b) caracterológico., 7º Estado Actual Sensorial, 8º Estado Actual Fonético.

Esta ficha integral tiene como objetivo ordenar y documentar. Ordena ya que se agrupa a los escolares según la anomalía (las cuales estarán identificadas en los 8 puntos anteriores). También se tendrán en cuenta la edad cronológica y mental. Esta homogeneización aparece como ventajosa para el maestro, el médico y el niño ya que permite plantear objetivos escolares de acuerdo al grupo. (1942)

En la *Ficha para el conocimiento del niño* del profesor René Girardi (1944) toma en cuenta para su evaluación: 1º los Antecedentes Hereditarios (se tiene en cuenta la edad de los padres y las enfermedades hereditarias de cada uno de los miembros de la

familia.) 2º los Caracteres Antropológicos (peso, estatura, perímetro torácico) 3º los Caracteres Fisiológicos, (características que poseen la boca, los ojos y la piel). 4º El Ambiente del Hogar (se evalúa los hábitos y costumbres del padre. si se toma vino en las comidas, si el niño trabaja). El ambiente tiene una importancia fundamental en la personalidad del niño ya que podría influenciar a los factores hereditarios. 5º Los Caracteres Psicológicos, para ellos se evalúan la atención voluntaria, se determina el Cociente intelectual y el carácter. La voluntad aparece definida como aquella que podría producir una modificación de lo muscular. El carácter se encuentra determinado, en especial, por los humores que tienen sus raíces en la fisiología y se relaciona en particular con la constitución orgánica. Los cuatro humores son: el temperamento sanguíneo, el linfático, el colérico y el melancólico. (Girardi, 1944)

Esta ficha se propone la detección de los niños perezosos, así como de aquellos que poseen insuficiencia respiratoria y anomalías de conducta. Ya que a través de las mismas se pueden conocer las aptitudes y el grado de salud que poseen sus futuros ciudadanos. *Las fichas* podrían dar cuenta desde la escuela primaria *del perfil de criminal, loco o perturbado de la conducta* y aquellos que tienen relación con los débiles mentales.

Teniendo en cuenta el contexto socio- político es dable señalar la importancia que posee el Estado que interviene a través del Cuerpo Médico Escolar dependiente del Consejo Nacional de Educación. Como señala L. Rossi "el enfoque habilitado para abordar el enfoque social es la medicina social. Nuevas instituciones monopolizaran la política asistencialista. Incluyen la novedad de conservar cierta prospectiva, en los criterios preventivos de una educación higiénica; ella convive con los enfoques biotipológicos, los cuales consideran, con especial atención, los factores hereditarios y sociales de la medicina eugénica." (2001)

PALABRAS FINALES

Del análisis de las fichas presentadas se desprende que el niño es concebido como un sujeto que debe ser orientado, al cual se debe asistir no solamente desde su déficit sino también desde su potencial desarrollo. Para ello es importante considerar el rol del Estado como proteccionista y a su vez facilitador del desarrollo de las aptitudes del

niño a través de organismos como: El patronato de la Infancia y el Consejo Nacional de Educación

Las aptitudes que el niño posea son consideradas como hereditarias y podrán ser desarrolladas, dinamizadas, acentuadas si se cuenta con el medio propicio para ello, ya sea un establecimiento- de acuerdo al cociente intelectual del niño- o una profesión en su vida adulta. Es decir, el ambiente constituye un papel fundamental en el desarrollo del niño.

Respecto de la evaluación psicológica que se realiza en todas las fichas, las mediciones de Simon y Binet son consideradas como las fehacientes para explorar la inteligencia.

El niño es fichado, y a partir de dichas fichas se logra, saber cuáles son sus preferencias y condiciones particulares y de esa forma se puede orientar su vida futura.

BIBLIOGRAFÍA

- Falcone Rosa (2005). Los Asistentes Sociales de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. En Rossi L., *Psicología en Argentina. Vestigios de profesionalización temprana* (pp. 125-132). Buenos Aires: JVE ediciones.

- Girardi, Ulises René (1944). *Ficha para el conocimiento del niño.* Buenos Aires: Editorial Argentina Arístides Quillet.

-Rossi, Lucía (2001). *Itinerarios en Paisajes Conceptuales.* En Rossi L, Psicología: Su Inscripción Universitaria como Profesión. Una Historia de Discursos y de Prácticas. (pp. 47- 58). Buenos Aires: JVE ediciones.

- Vallejos Meana Néstor (1940). *Asistencia médico-social del niño superdotado: ficha integral- médico- social-psico-pedagógica.* Buenos Aires: Guido Buffarini

- Vallejos Meana Néstor (1941). *Asistencia médico social del infante superdotado: Anulación de las mentalidades superiores por falta de protección.* Buenos Aires: Guidi Buffarini.

- Vallejos Meana Néstor (1942) *Sistema integral de establecimientos.* Buenos Aires: Sociedad de Beneficencia de la Capital

ANÁLISIS DE UN ESTUDIO CUANTITATIVO SOBRE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE EN REGISTROS FORMALES DE DOCUMENTACIÓN (1910) [16]

Jardón, Magali; Fernández, Verónica

RESUMEN (máximo de 200 palabras):

Este trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación UBACyT, P046 Psicología en Argentina (1900-1957): Criterios Psicológicos e Indicios de Subjetividad en Registros Formales de Documentación: Historias Clínicas, Fichas, Informes, según Contextos Políticos y Áreas Profesionales. Directora: Doctora Lucía A. Rossi.

Considerando los registros formales de documentación como un material propicio para indagar los criterios psicológicos que se hallan presentes en las mismas, el presente trabajo abordará el estudio que realiza Victor Mercante (1870- 1934) en Archivos de Pedagogía y Ciencias Afines (1910).

Valiéndose de la utilización de la "psicoestadística", Mercante expone los resultados de las pruebas impartidas a un grupo seleccionado de sujetos que se toma como muestra para analizar los cambios que se llevan a cabo a lo largo de un año escolar.

A partir del relevamiento de fuentes primarias y del análisis de discurso se destaca el valor que posee la estadística en los procesos psicológicos ligados al aprendizaje. A su vez se observa que se prioriza la planificación, y evaluación de las aptitudes que poseen los niños para llevar a cabo "aprendizajes en torno a la norma".

PALABRAS CLAVE: Clasificación- Alumno- Mercante- Historia de la Psicología-

Introducción

Este trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación UBACyT, P046 Psicología en Argentina (1900-1957): Criterios Psicológicos e Indicios de Subjetividad en Registros Formales de Documentación: Historias Clínicas, Fichas, Informes, según Contextos Políticos y Áreas Profesionales. Directora: Doctora Lucía A. Rossi.

---

[16] (2009). Actas de X Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis, 10, 169-178.

Considerando los registros formales de documentación como un material propicio para indagar los criterios psicológicos que se hallan presentes en las mismas, el presente trabajo abordará el estudio que realiza Victor Mercante (1870- 1934) titulado: Valor de la Psicoestadística en la Pedagogía (1910). Publicada en *Archivos de Pedagogía y Ciencias Afines*, revista pedagógica editada por la Universidad de La Plata que dirigió de 1906 a 1915.

Victor Mercante nació en la provincia de Buenos Aires, localidad de Merlo, en el año 1870. Inició su carrera como profesor en la provincia de San Juan y luego trabajó en distintos colegios, en nivel secundario. En la Universidad de La Plata se abocó a la investigación psicopedagógica. Fue un conocedor de las corrientes europeas en disciplinas como filosofía, psicología y biología. Su predilección estuvo orientada hacia las teorías positivista y experimentalista. Esto contribuyó a la necesidad de hacer científica la enseñanza por eso mismo la educación, debía basarse en la observación y la experimentación. Bajo la influencia de las teorías francesas y el movimiento de la pedagogía científica de principios de siglo XX Mercante considera a la metodología como fundamental para la disciplina pedagógica. Tal es así que tituló a una de sus obras: Metodología" en el año 1916.

Fue un positivista que buscó estructurar una pedagogía científica apoyada en bases psicológicas y biológicas; para ello se basó en la observación de miles de niños y adolescentes. (Kon, 1949)

Desarrollo

Desde la inauguración de la Psicología Experimental como disciplina verificable a través del laboratorio, hay una necesidad de que todos los procesos psicológicos se transformen en procesos comprobables.

Las influencias de los experimentalistas Wundt y Musterberg, así como también de sus seguidores, y la incidencia del pensamiento de Darwin están presentes en las teorizaciones de Mercante.

La psicología de acuerdo a los parámetros de la época era una disciplina que se iba gestando de la mano de la filosofía y de la medicina. Esta última era más confiable debido al empleo del laboratorio como escenario de verificación.

A partir de lo señalado anteriormente, Mercante estudia a los sistemas educativos, como la Escuela, el Colegio o la Universidad como grupos a ser analizados, y realiza la diferencia con los sujetos, pues los mismos no pueden analizarse dado su inestabilidad y sensibilidad. (Mercante, 1910)

La pedagogía presente en Mercante es el normalismo- basada en corrientes positivistas y krausistas- esta se destacada por considerar a la escuela como institución que permitía la formación de futuros ciudadanos, en un país próspero y con expectativas de futuro suponía además una concepción de niño, de adolescente y de educación que, acompañaría al engrandecimiento de la Nación.

Con el afán de enmarcar a la pedagogía como disciplina científica recurre a la estadística que estratégicamente le incorpora el prefijo *psico*, circunscribiéndola al campo de lo psicológico. De esta manera se vale de la disciplina psicológica como base científica de la pedagogía. En efecto, la preocupación de Marcante residió en desarrollar un método pedagógico que arrojara resultados confiables. De este modo, a través de la utilización de la "psicoestadística" habría encontrado lo que buscaba ya que le permite evaluar (a partir de procedimientos que se llevan a cabo al comenzar y finalizar las clases), las aptitudes que poseen los niños para llevar a cabo "aprendizajes en torno a la norma".

Mercante expone, en el artículo que abordaremos, los resultados de las pruebas impartidas a un grupo seleccionado de sujetos -que se toma como muestra- para analizar los cambios que se llevan a cabo a lo largo de un año escolar. Se consideran tres variables fundamentales: el sexo, la edad y el ambiente, este último incluye para el autor la acción doméstica, social y didáctica que actúan sobre el grupo. (Mercante 1910)

La evaluación consta de un análisis exhaustivo, que se realiza al alumno, en torno a sus capacidades fisiológicas. Por ello los análisis que se llevan a cabo tienen que ver con la noción de un cuerpo biológico y una clasificación de las aptitudes audio-motoras, viso-motoras, aperceptivas y viso-audio-motoras.

Es dable señalar la importancia que tiene realizar este tipo de análisis y publicar dichos resultados en un período de democracia restringida, según las categorías analizadas por la Dra. Lucía A. Rossi (Rossi, 2001) ya que la utilización de métodos cuantificación, la clasificación, la evaluación y el análisis del alumno como son propias de un momento

histórico donde la pasividad y el control se llevan a cabo en la mayor parte de las instituciones (en especial en escuelas, hospitales y fábricas).

Del análisis del estudio cuantitativo sobre los problemas de aprendizaje se desprende la valoración de la psicoestadística como procedimiento para evaluar, por ejemplo, la enseñanza de la ortografía. Para ello se le aplicó en test de 75 términos a 1034 alumnos cuyas edades van desde los 8 a los 22 años y corresponden a cursos que van desde segundo a quinto año. Se evaluaron 412 niñas y 622 varones. Las pruebas se llevaron a cabo en la Escuela Normal al comenzar y al finalizar el año escolar, en marzo y en noviembre respectivamente.

Dentro de los aportes teóricos encontramos la presencia de figuras internacionales, entre los que figuran Claparede, Binet, Munsterberg, etc.

Ahora bien ¿En consiste el estudio realizado por Mercante? Pues bien, en primer lugar se plantea como objetivo investigar el procedimiento más eficaz para enseñar ortografía. En segundo lugar se procede a experimentar, sobre la muestra de alumnos, dos de los procedimientos más utilizados: el viso-motor y el viso-audo-motor. Al relevar los resultados se obtiene que el procedimiento de mayor éxito fue el segundo. Esto se mide cuantificando los errores ortográficos.

El análisis de los niños anteriormente señalados, de acuerdo al modelo psicoestadístico de Mercante, permitió detectar a los siguientes errores: poligonales, gráficas, infantiliformes, disacúsicos, ecofásicos tanto para las palabras, para las sílabas como para las letras, teniendo en cuenta el grado al que concurrían los niños, la edad y el sexo en todos los casos.

Los resultados que se arrojaron demostraban que las mejores aptitudes para la ortografía las poseían las mujeres. A su vez se estableció una relación entre el grado de inteligencia y su aptitud ortográfica. También pudo observarse en dicho examen las características congénitas de los rebeldes, las diferencias entre el proceso mnésicos de los acentos y el de las letras, aquellas categorías verbales más difíciles, la tenacidad de las ecofasias y las disacusias, se halló una crisis en quinto, sexto y primer año en los valores en el polígono de asociación en los varones.

Esta investigación se llevó a cabo en la Escuela Normal utilizando para su evaluación el procedimiento viso-auditivo y el viso-audio-motor en el otro. Gracias al estudio de

ambos procedimientos y a la aplicación de la psicoestadística se observó en los cómputos que la visión y audición de la palabra se agregaba un valor a la escritura inmediata, lo que el autor denominó: memoria motriz (Mercante 1910). (Ver Gráfico I: Resultados de los cómputos)

A partir de la implementación del método Psicoestadístico se evalúa:

1- La afectividad para los colores.

2- La estética de la Matemática.

3- Influencia de la presión barométrica sobre el proceso mental.

4- La aptitud matemática del niño para fijar números, para reproducirlos, para leerlos, para operar, para comparar líneas, superficies y volúmenes, para la memoria de los conceptos, para el razonamiento y para la imaginación creadora.

5- Procedimientos para cultivar a dicha imaginación.

6- Características mentales de los niños más inteligentes y de los menos inteligentes en un grupo dado.

7- La afectividad de los alumnos en la composición.

8- Características de las aptitudes ortográficas. Método para cultivarlas.

9- El tipo mental de los sexos.

10-Alcance y significado de la audición coloreada.

11- La fatiga mental y su relación con la dinamometría.

12- Relaciones entre la evolución mental y el índice cefálico.

13-Carácter de la asociación en las elaboraciones mentales del alumno.

14- Los tiempos de reacción táctil y auditiva considerados en relación con la inteligencia, la edad y los sexos. (Mercante, 1910 p. 399)

Mercante destaca que el laboratorio (2) de Psicopedagogía se encarga de investigar las aptitudes para la lectura mecánica y para la imaginación reproductora.

También señala que las investigaciones llevadas a cabo en La Plata, donde residía el laboratorio, tuvieron en cuenta los siguientes puntos:

I. Acuidad visual de los alumnos.

II. Visión de los colores.

III. Acuidad auditiva.

IV. Sentido de la dirección.

V. Anomalías del sentido del gusto.

VI. Sentimientos estéticos para las formas y los colores.

VII. Fenómenos endofásicos.

VIII. Características de la atención.

IX. Características diferenciales entre la memoria visiva y auditiva. (Mercante 1910 p. 400)

Para Mercante esa suma de trabajo contribuyó a la solución de problemas vastos como los siguientes:

1° Aptitudes de cada raza, cada sexo y cada edad dentro de la escuela.

2° Diferencia de las aptitudes por edades, sexos y razas.

3° Efectos diferenciales de la cultura.

4° Determinación de la edad para comenzar estudios o aprendizajes.

5° Determinación de los métodos más eficaces (tomando en cuenta la exactitud, la persistencia del conocimiento y la rapidez de la adquisición).

6° Determinación de la capacidad del hombre y de la mujer, para enseñar ciertas asignaturas y a un grupo escolar dado.

7° Determinación de las crisis psico-morales. (Mercante, 1910 p. 400)

En dichas investigaciones señala como influencias importantes a Wundt, Fechner, Galton, Marbe, Sommer, Baldwin, Schuyten, Flournoy, Claparede, Munstenberg, James, etc. Y destaca al doctor González quien al organizar la escuela de Pedagogía en la Universidad de la Plata puso a las siguientes materias: Sistema Nervioso, Psicología, Psicología Experimental, Psicología Anormal y Psicopedagogía a base de experimentación, de observación y de investigación que ningún otro programa europeo incluye.

Para el autor, el método más efectivo es el estadístico, pues permite de la manera más eficaz y rápida apreciar los resultados de una forma de enseñanza. Por ello, para Mercante la finalidad didáctica no es otra cosa que *"una reacción que corresponde al estímulo: exacta, persistente y breve"* (Mercante, 1910 p. 396).

En los registros formales abordados aparecen los resultados numéricos de los errores efectuados por la muestra de la población, es decir, la tendencia es a homogeneizar ya

que se trabaja teniendo en cuenta los resultados de la muestra, y no del individuo. De los datos personales de los sujetos experimentales solo sabemos su edad y sexo, no aparecen registros de otros datos referidos a la situación social ni familiar, pese a ello el autor las menciona como puntos clave a tener en cuenta para el estudio de los procedimientos pedagógicos. Esto se podría explicar teniendo en cuenta su objetivo principal: considerar al grupo, realizar conclusiones generales teniendo en cuenta los resultados de la mayoría. Sin tener en cuenta al individuo, ni a lo particular ni a las pequeñas diferencias.

Palabras Finales

A partir del análisis del estudio cuantitativo sobre los problemas de aprendizaje en registros formales de documentación, se desprende que el niño es concebido como un "sujeto medible", un sujeto "educable" y que desde su edad temprana se deberá formarlo para que sea un futuro ciudadano. A su vez se hace presente, por un lado la importancia otorgada a la herencia individual, y por el otro, la importancia a la educación doméstica, social y escolar. Sin embargo en el registro formal abordado no aparece ningún ítem referido a la situación familiar-social de los sujetos experimentales. En cambio se hacen presentes los ítems que computan las aptitudes a explorar (matemáticas, ortográficas), los tiempos de reacción, las características mentales, entre otros.

El rol del Estado fomenta las concepciones de sujeto mencionadas, dado que el mismo tiene un rol conservador, donde el sujeto se caracteriza por su pasividad y por la importancia brindada a los factores hereditarios, en detrimento de la presencia del ambiente o lo adquirido en el entorno.

La importancia reside en la medición de las capacidades, en aquellos datos que el laboratorio pueda arrojar. Todo ello en aras de detectar "el déficit" que pone en peligro el progreso y debe ser detectado para solucionarlo. Es decir, en primera instancia se deben conocer las dificultades, luego investigar qué metodología las superaría y aplicarla a dichas dificultades. Para realizar todo ello se vale del método psicoestadístico. La influencia que Mercante recibe de sus "maestros" da cuenta de la importancia que tienen en las investigaciones los registros cuantitativos y el laboratorios con instrumentos de medición.

La clasificación que se realiza del alumno es a la manera de un organismo en la serie de la evolución de las especies. Por ello, lo que destaca el autor es la organización en la que se encuentra dictada la escuela de Pedagogía en la Universidad de la Plata, donde el análisis y la clasificación son aquellas que ocupan un lugar central en el dictado de las materias. La concepción de un organismo evaluable a través del análisis de sus funciones fisiológicas es aquello que da cuenta de una concepción de alumno que permite pensar en las influencias de Darwin y de Wundt al respecto.

Referencias Bibliográficas

Korn, A., (1949). *Influencias filosóficas en la evolución nacional*. Colección claridad. Buenos Aires-

Mercante, V., (1910). Valor de la Psicoestadística en la pedagogía Archivo de Pedagogía y Ciencias Afines, 7, 396- 401.

Rossi L., (2001). Itinerarios en Paisajes Conceptuales. En Rossi L., *Psicología: Su inscripción Universitaria como profesión. Una historia de discursos y de prácticas.* (pp. 47- 58). Buenos Aires: JVE ediciones

Gráfico: Resultado de los cómputos

5° Grado - 6° Grado	Antes de la exp.	Después de la exp.
Total de errores	2211- 2153	886- 482
Faltas de acento	922- 896	357- 175

Sección IV. Criminología

GENEALOGÍAS DISCURSIVAS EN PROTOCOLOS DEL ÁREA CRIMINOLÓGICA. ARGENTINA (1904-1946)[17].

Rossi, Lucia

Genealogical discursive series Criminological Data Cards and Folders, Argentina (1904-1946)

Palabras clave: Protocolos –criminología- análisis discursivo- Argentina (1904-1946)
Clue words: Data cards -Criminology- discursive analysis - Argentina (1904-1946)

Resumen

En la sucesión alternante de contextos político-sociales (períodos de democracia restringida y de participación ampliada) se releva un conjunto de protocolos (Fichas, Cuadernos) pertenecientes al campo profesional criminológico relacionado con la psicología. Se conforma un conjunto significativo de documentos que permite tanto su sistematización en subgrupos como su seriación en secuencias genealógicas.

El género (fichas, boletín, cuadernos, examen) el anclaje institucional (cárcel, asilos, colonias), la intencionalidad (diagnóstico, derivación) e implicaciones sobre la población en quien se aplica (encausados adultos, reclusos, menores), su estructura y diseño de la evaluación; serán enfocados con criterios de análisis crítico intradiscursivo e interdiscursivo.

Abstract

[17] (2009). Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 16(1), pp. 193-197.

A collection of data cards (dossiers) issued as criminological studies related to psychology belonging to official institutions (jails, asylums) emerge during periods of politically changing backgrounds (such as the alternance between restricted or normal democratic periods) in Argentina. Once gathered, these documents can be classified into different groups crossing 2 different criteria: sort of institution and group of application (children, adults). Discursive analysis will be applied on these two secuential series of documents, in order to compare its inner structure and purposes,with different manners of conceiving psychological subject and the ways psychology has been considered in different political contexts

Introducción

El relevamiento de documentos recopilados muestra una variedad significativa de diseños de protocolos en el área criminológica caracterizados por la pertenencia- en su totalidad a instituciones oficiales relativamente estables.

El corpus documental se sistematiza aplicando como criterio de organización la institución sede y las características de la población a quien se aplica. Se esbozan dos grupos.

El primer grupo refiere a protocolos que relevan la población de adultos reclusos en una única institución de referencia: la Penitenciaria Nacional.

En orden secuencial, aparecen los **Cuadernos Médico-Psicológicos** entre 1905 y 7- en la época que J. Ingenieros estaba a cargo de los Archivos de Criminología ; el **Boletín psíquico** de 1915 registra ejemplares firmados por Helvio Fernández (Diccio,1986, p 66-97). El **Boletín médico-psicológico** aparece en 1932 y culmina con la **Historia clínica criminológica** de O. Loudet autor del diseño y Director de la Penitenciaría y Instituto de Criminología vigente desde 1936 a 1946.(Loudet, 1936)

Este corpus documental, prevalece en períodos de democracia restringida: tanto del conservador: 1900- 1916 como el de la década del 30. El rol crucial conferido a la criminología explicita su intencionalidad de institucionalizar la preocupación por el control social de la población.

El segundo grupo se compone de protocolos destinados a relevar la población de menores internada en Colonias. Florece también en el período conservador (1900-1916) y está constituido por: el **Examen fisiopsíquico**-1904-8 de la Colonia Nacional de Varones de Marcos Paz, presumiblemente confeccionado por H. Piñero; el **Boletín anamnésico** de la Colonia Torres dependiente de la Comisión de Asilos y Hospicios, establecido por Cabred en 1915; la **Ficha médico Legal** de la Sección Menores, División Judicial, Servicio Médico- legal de la Policía Federal creada en 1915, vigente aún en 1929. Esta ficha- constituye una llamativa transición: aparece en el último tramo del régimen conservador y permanece con plena vigencia en democracia ampliada. Un nuevo diseño de documento: la **Ficha Psicológica,** (González Tejera,1936, p 522) aparece con la creación de la Sección Psicología en el Tribunal de Menores en 1927 con la explícita e inédita intención de relevamiento, diagnóstico y derivación. Este documento clave, constituirá la base protocolar de toda la futura documentación de admisión de instituciones de menores, como se puede apreciar en el Hogar Santa Rosa para niñas.

Análisis según género

Los géneros **examen- cuaderno** prevalecen en ambos grupos en el período conservador. Los géneros prevalecientes pueden ser caracterizados como descriptivos, concisos, breves, exhaustivos, relevan preferentemente información transversal. Fundamentalmente, están pensados para constituir series de archivo.

Los más difundidos en la década del 30' y 40' son el **boletín-** 3 diseños- y la **ficha,** 2.. En su estructura muestran una intersección entre el discurso médico y el criminológico, coordenadas decisivas para la derivación institucional explicitas en la terminología mixta utilizada.

Las nociones que revelan la preocupación criminológica por la situación civil del sujeto- privación de libertad, confluyen con criterios médicos de diagnóstico y pronóstico. Esta intersección encuentra su expresión cabal en la **Historia clínica criminológica** de Loudet cuya misma denominación expresa la estrecha imbricación de criterios médicos y criminológicos, presentando la novedad de incorporar decididamente los criterios longitudinales de la historia del sujeto.

Secuencias de protocolos según instituciones

El primer grupo se presenta conformado por variaciones alrededor de una misma institución que ha permanecido estable: la Penitenciaria. Esta referencia habilita la posibilidad de un análisis secuencial de las series.

El segundo grupo, en cambio, muestra variedad protocolos referidos a variadas instituciones. En esta situación se abre la posibilidad de indagar tanto el funcionamiento institucional particular, como el entramado de relaciones e interdependencia entre instituciones referidas a la minoridad.
La vigencia y el alcance efectivo de la aplicación de la ley de Patronato de la Infancia confiere al Estado la patria potestad de los menores en caso de "abandono" de los padres. Esta ley funciona como referente organizador que hilvana instituciones aparentemente distantes abocadas en una misma problemática: la minoridad en riesgo.

El ordenamiento secuencial de los materiales de ambos grupos muestra tanto el funcionamiento de las instituciones como los entrecruzamientos de áreas de incumbencia que quedan plasmados en la arquitectura misma de los protocolos.

Los protocolos de ambos grupos coinciden en una doble vertiente discursiva: médica y legal. La primera, pertenece a incumbencia y discurso médico, determina el diagnóstico y se apoya en instituciones hospitalarias. La legal, con anclaje en instituciones judiciales, determina la situación y destino legal del sujeto. La totalidad de instituciones a las que pertenecen los formularios, implican detención o internación (reclusos adultos) y pupilaje de menores.

En el primer grupo, la Institución penal- carcelaria es determinante del estatus civil del sujeto, (privado de sus derechos civiles o su libertad). Determinada esa condición legal , no sorprende que el nombre del protocolo sea de incumbencia del discurso médico, tal el caso de **Cuadernos médico-psicológicos.** El caso inverso muestra- desde

principios de siglo, una unidad carcelaria dentro del Hospicio de las Mercedes. La preocupación por acercar y a la vez diferenciar ambas vertientes discursivas, se manifiesta en oscilantes prevalencias entre criterios clínico- psiquiátricos y criminológicos: Movimientos que van desde las caracterizaciones psicológicas del hecho delictivo- como aparece en el **Boletín Psíquico** y el **Boletín Médico-psicólogico,** hasta la búsqueda de fundamentos explicativos del comportamiento delictivo en criterios clínico-patológicos. La tardía **Historia clínico- criminológica** de Loudet, 1932-1946, muestra a imbricación de ambos discursos y un desenlace a favor de la psiquiatría: la psicopatologización del delito.

El segundo grupo de mayor heterogeneidad muestra la dominancia exclusiva del discursivo médico en formularios como el **Examen Fisiopsíquico, o el Boletín anamnésico.**

Diferente es el caso de la **Ficha Médico-legal** de la Sección Menores del Servicio Médico-Legal de la Policía Federal, que muestra en su terminología mixta, la articulación de dos instancias institucionales. Por un lado, el menor institucionalizado es efecto del funcionamiento de la institución judicial, pero ya internado en la institución, prevalece un abordaje médico-psicológico del menor que se produce a los efectos de determinar altas o derivaciones institucionales.

En este relevamiento aparecen los hallazgos institucionales de la democracia ampliada (1916-1930): la creación del Tribunal de Menores de1924 y su Instituto de Psicología en 1927 con la propuesta de la **Ficha Psicológica.** Aparece explícita la intencionalidad de regular y fundamentar la derivación institucional de los menores, pero también de su seguimiento y evolución.

Arquitectura interior:

Presencia terminológica del término “psicología”:

Como primer aproximación, la palabra “psicología” está presente en el nombre de casi todos los protocolos tanto del grupo penitenciario: los **Cuadernos médico-psicológicos (**1907), el **Boletín psíquico** (1914), el **Boletín médico psicológico** (1932),

como en los del grupo de protocolos de minoridad: el **Examen Fisio-psíquico** (1904); el **Boletín anamnésico- Boletín psicológico** (limitado al Test Binet-Simon) de la Colonia Torres; **Ficha psicológica** (1927) del Instituto de Psicología del Tribunal de Menores

Registro psicológico en los protocolos.

1. La referencia directa a la psicología, aparece frecuentemente como apartado dentro del protocolo, el *Examen psicológico*, en general, referido a las facultades clásicas. En la Penitenciaría se presta especial atención a la dimensión afectiva del penado: temperamento, carácter, trato, sentimientos, afectos, pasiones, voluntad-impulsividad, sociabilidad, conducta ante las autoridades, religiosidad, militancia política anarquista o socialista, laboriosidad. Criminalidad. Vicios. En las Instituciones de minoridad el *Examen psicológico* presta atención especial a la vida afectivo-activa en el Hogar Santa Rosa para niñas y, significativamente a la inteligencia en los internados de menores Varones de Marcos Paz. En Colonias, de nítida intencionalidad de integración social a través de la educación, la psicología se reduce a la *sección Psicometría* o tests de Inteligencia, con desestimación de variables afectivas,tal el caso de la Colonia Torres para niños "débiles" la psicometría apunta a rastrear educabilidad en débiles moderados. En el caso del Depósito de la Policía Federal, la psicometría fundamenta las derivaciones de menores a institucionales para aprender oficios.
2. Tipo de sistematización interna: El relevamiento intradiscursivo de los primeros protocolos muestra la prevalencia de sistematizaciones cualitativas, delimitadas y cerradas discursivamente con fines taxonómicos precisos: los protocolos pre-establecidos se muestran minuciosos, cuidados discursivamente, exhaustivos en la descripción de cada ítem, cerrados en una gradación cualitativa o con opciones a ser subrayadas. Se encuentra un solo protocolo que se vale de un cuestionario sistematizado y minucioso con la intencionalidad expresa de indagar el origen y naturaleza de la debilidad. En todos los casos se proponen clasificaciones para sistematizar la recolección de datos. Es destacable la preferencia por apreciaciones cualitativas de carácter, temperamento vigente en el área criminológica adulta.

3. Tema o preocupación central: instintos, pasiones son considerados detalladamente, siempre en enfoques cualitativos, tanto en la **Ficha fisio-psíquica** de la Colonia Nacional de Menores de Marcos Paz, como en la admisión de niñas en el Hogar Santa Rosa, dependiente del Patronato Nacional de Menores.. Ambas instituciones comparten un apartado común- ausente en los demás protocolos considerados: *vida afectivo- activa* como parte del examen psicológico. En los varones de Marcos Paz se indaga preferentemente sentimientos familiares, sociales, morales, amor propio, pudor (nulo, débil, normal, exagerado) Actividad, energía, perversiones instintivas. Hábitos: vagancia, vagabundeo, juegos de azar, pendencias, alcoholismo, tabaquismo, prostitución. Para las niñas del Hogar Santa Rosa los descriptores relevantes son: emotividad, humor, tendencias, manifestaciones sexuales, moralidad, sentimientos familiares. Actividad. "pica" o "malicia", juego, risa, hábitos. Aspiraciones, aptitudes. Temperamento, carácter. En ambos casos la intencionalidad es de relevamiento, clasificación y evolución. Inteligencia y educación aparecen en algunos casos como mediadores en el control del acto.
4. Diversos balances: En cuanto al balance interior exterior (anamnesis, historia personal y familiar) exterior (medio- ambiente familiar, social, escolar) se consideran en todos los casos, los antecedentes familiares, ambientales, individuales como parte del examen médico. Tardíamente comienzan a formar parte del <u>Examen Psicológico</u>
5. La inteligencia es una preocupación que aparece fundamentalmente en todos los protocolos de menores. En 1904, en el **Examen Fisiopsíquico,** la inteligencia se considera desagregada en sus funciones clásicas (atención, percepción, memoria, imaginación, juicio y razonamiento) y se procede una apreciación cualitativa: débil-medio- superior. El **Boletín anamésico** registra un cuestionario cerrado de 84 preguntas confeccionado por Cabred. Las pruebas de inteligencia a partir de 1915 recurren generalmente al Test Binet- Simon que en algunos casos aparece incluido en el mismo protocolo, o a escalas de puntuación con 20 ítems para determinar "edad mental". A partir de 1927, aparece la medición de cociente intelectual Test de Binet Simon- Terman
6. Modalidades y características de evaluación psicológica en los protocolos:

- **Examen fisio-psíquico:** presentan significativos apartados como Conclusiones sobre la personalidad (escolaridad, hábitos, vicios: por tendencia y por ambiente) e Información trimestral de conducta. Muestran la inquietud por la dimensión psicológica, su seguimiento o progreso. Sin embargo queda explícita la contundencia decisoria y la fijeza condenatoria social en los apartados finales: "Clasificación" según factor ambiental (inadaptados, abandonados, a cargo de personas inmorales, oficios, víctima de servicios); o según factor individual: "afectivo, voluntarioso, dócil"; versus "díscolo, impulsivo, retardado, pervertido". Este par excluyente concluye en el ítem "Concepto general" con una apreciación en términos de adaptación, hábitos de trabajo, escuela, oficio.

- **Boletín anamnésico** (1915) propósito: Admisión. Seguimiento: Boletín de progreso mensual intelectual, de Talleres y Gimnasia
- **Ficha médico –legal**: Policía Federal, Servicio médico-legal. Como se trata de un ente de derivación a instituciones internados y Colonias resulta decisorio el ítem" Conclusiones"
- **Ficha psicológica** (1927) Tribunal de Menores Diagnóstico psicológico Pronóstico (educabilidad, peligrosidad) y Tratamiento: higiénico, tratamiento pedagógico, ortopédico mental, higiénico mental, Orientación Vocacional. Derivación. Hacia 1948 se propone una **Ficha integral** para atender las derivaciones en el abanico de posibilidades institucionales.

Consideraciones finales

Los criterios descriptivos clasificatorios, prevalecen en **examenes y boletines** del primer período conservador de impronta positivista. Los diagnósticos son frecuentes en géneros predominantes: **fichas y boletines** en la década del 20', 30' y 40'. Los primeros protocolos referidos a minoridad son taxativamente clasificatorios como el **Examen fisiopsíquico** de 1904 en el período conservador. Los protocolos de minoridad del **Informe psicológico** de 1927 (democracia ampliada) presentan apartados finales como "Evolución", e incluyen, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y derivación institucional.

Se aprecia como tendencia la preocupación por incorporar criterios longitudinales (historia personal ambiental social del sujeto) en los protocolos Se confiere importancia a criterios prospectivos, especialmente visible en la **Ficha psicológica** del Tribunal de Menores de 1927, al expandirse en categorías como Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento, Derivación. En menor medida en "Evolución del Sujeto" del protocolo del Santa Rosa con sus Boletines mensuales y trimestrales, atentos a la secuencia temporal. Contrariamente los protocolos de la Penitenciaría de adultos relevan escasa información al respecto como sugiere la pobreza del item y hasta su ausencia, con énfasis puesto en antecedentes y retrospectivas.

Si bien las instituciones judiciales penitenciarias en ambos casos- menores y adultos- deciden el estado civil del sujeto: libre- recluso- internado, dependen para expedirse de instancias como Admisión, Evolución, Derivación de fundamento médico, que se vale de evaluaciones psicológicas. Frecuentemente cualitativas consideran crucial la vida afectiva para determinar tanto la peligrosidad en el sistema Penitenciario de adultos, como para determinar integración social en Hogares Nacionales de Menores, Marcos Paz (varones) y Hogar Santa Rosa (niñas). La educabilidad es otro concepto significativo, determinada con pruebas de inteligencia y tests desde 1915.

Sólo excepcionalmente los protocolos explicitan sus objetivos: generalmente los penitenciarios son descriptivos e incluyen la historia del sujeto adulto, los hogares de menores relevan caracterísiticas de las poblaciones internadas. La intencionalidad queda explicitada expresamente en un solo caso: **Cuadernos médico psicológicos,** que contiene en el corpus del protocolo el objetivo del informe, "un ordenamiento de datos constancia archivada y metódica con fines de investigación" para ser remitido a la Justicia.

Los protocolos y formularios penitenciarios son confeccionados en los períodos conservadores: **Cuadernos médico-psicológicos** (1907) **Boletín psíquico** (1914), al conservador (1900-1916) **Boletín médico- psicológico e Historia clínica criminológica** (1932**)** al segundo 1930- 1945.

Se pueden establecer como apartados constantes presentes en todos los protocolos: “Antecedentes, examen físico y examen psicológico”.
La referencia psicológica comprende las “funciones clásicas” en algunos protocolos, se reduce exclusivamente a relevar inteligencia (tests), en otros se incluyen descriptores afectivos y activos exclusivamente y en un tercer grupo de protocolos adquieren formas mixtas (afectivo- intelectual)

Genealogías:

Los 4 protocolos considerados de cárceles y penitenciarías de adultos presentan un tronco discursivo común:” Antecedentes familia, infancia, adolescencia. Caracterización psíquica y de la vida”. La Sección Psicología constituye un apartado errático propio de principios de siglo con descripciones y caracterizaciones de la psicología sintética de Wundt. La situación penal-carcelaria - gobernada por tiempos legales- parece imponer criterios clasificatorios.

Resultan significativos ciertos desplazamientos: la preocupación por indicadores ambientales, inicialmente delineados en términos de moralidad, se amplían a indicadores conducta social, política (militancia anarquista o socialista), religiosa, laboral, educacional y ante la autoridad a partir de 1914. Si bien aparece tempranamente la inquietud referir la criminalidad a perturbaciones y enfermedades mentales; los protocolos de 1932 muestran cómo se amplía examen físico al enfoque antropológico, ahondando en los caracteres hereditarios, morfológicos, fisiopatológicos. A medida que el discurso psiquiátrico y psicopatológico adquiere nitidez explicativa, se afianza la tendencia a psicopatologizar la criminalidad, como muestra la historia clínica criminológica de 1936.

Los 5 protocolos referidos a minoridad comparten la preocupación por antecedentes familiares, ambientales, educativos. En Psicología confieren importancia a los antecedentes individuales: intelectual (tests) y afectivo (descripciones cualitativas)

carácter, conducta. A principios de siglo, en el período conservador son especialmente sensibles a la adaptación social, educación moral, hábitos de trabajo como muestran las fichas clasificatorias: degenerados, viciosos, abandonados y criminosos. A partir de la creación del Tribunal de Menores, en 1927- en democracia de participación ampliada, las clasificaciones son desplazadas por el psicodiagnóstico, el pronóstico (educabilidad, peligrosidad) y la "evolución". El vocabulario se psicologiza, despojándose de la adjetivación psicopatológica y policial. Los "hogares" de menores comparten la preocupación por la esfera activo-afectiva con items expandidos, ricos y complejos con interesantes descripciones según género.

Ambos grupos, Hogares de Menores e instituciones carcelarias de adultos reclusos coinciden en sus protocolos en conferir especial atención y cuidado a descriptores que caracterizan la vida emocional, afectiva y pulsional ya que permiten arriesgar pronósticos respecto de la reincidencia de delito, o conferir el alta institucional en el caso de los menores- lo cual implica que se le confiere un importancia decisiva en el control del comportamiento social.

Referencias Bibliográficas

Diccio, J ;(1986): *El estudio del delincuente*, Buenos Aires, Editorial Penitenciaria

González Tejera, E; (1936):"Clínicas de Neuropsiquiatría infantil" en *Revista de Psiquiatría y Criminología*, año 1, Nº 6,(ps 521-34)

Loudet, O ;(1935): "La historia de clínica criminológica" *Anales del Instituto de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires,* Tomo I, Buenos Aires, Imprenta de la Universidad

Vallejos Meana, N; (1948):"Psicoeducación y Salud Pública" (p 29-33); Alvarez, M; (1948):"Sugestiones para un Plan Sanitario preventivo infantil en su aspecto Psíquico" (p 58-66) y La Dirección:" "Se impone crear la educación de las inteligencias subnormales" *Archivos de la Secretaría de Salud Pública,*(1948), Vol III, Nº 15

Rossi,L; Ibarra,F; (2008) "Registros documentados de la práctica psicológica y nociones de subjetividad implícita en Argentina(1900-1957).Su articulación con contextos políticos y áreas profesionales" en Memorias XV Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, UBA

CRITERIOS PSICOLÓGICOS EN REGISTROS FORMALES DE DOCUMENTACIÓN: LAS HISTORIAS CRIMINOLÓGICAS DE LA PENITENCIARIA NACIONAL[18]

Lic. Alberto Amil - Lic. Claudio Marcelo Miceli - Lic. Gabriela Rojas Breu –

RESUMEN

En este trabajo se analizarán los antecedentes de la actual Historia Criminológica que dan cuenta de su estructura, su contenido e inscripción institucional, como así también de la participación del discurso psicológico en la producción de dicho documento. Se enfoca la indagación de dichos antecedentes en el período que va de 1905 a 1943, encontrándose en el mismo tres modelos diferentes, los que responden a contextos y marcos legales y normativos diferentes, impactando cada uno de ellos en una manera diferente de retratar la subjetividad criminal.

Palabras clave: historias clínico criminológicas

PSYCHOLOGICAL CRITERIONS IN FORMAL REGISTERS OF DOCUMENTATION: THE CRIMINOLOGIC RECORDS OF THE NATIONAL PENITENTIARY

ABSTRACT

In this paper we will analyse the history of the present Criminologic Record used in prisions, which explains its structure, content and institutional inscription as well as the participation of psychological speech in the production of this document. We focus on the period from 1905 to 1943, where we found three different models that are determined by different legal contexts and regulatory framework which influence the way of conceiving criminal subjectivity.

Key words: records clinical criminologic

---

[18] (2009). Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 16(3), pp. 392-395

Introducción

En este trabajo se analizarán los antecedentes de la actual Historia Criminológica que dan cuenta de su estructura, su contenido e inscripción institucional, como así también de la participación del discurso psicológico en la producción de dicho documento. Los antecedentes mencionados se enmarcan en el período de tiempo establecido entre los 1905 y 1943. En dicho período, se pueden distinguir tres modelos distintos de estas "historias", que responden a diferentes contextos, iniciativas legales y criterios de producción: la primera etapa comprende el período entre 1905 y 1930, momento en el cual la unidad de análisis será *el cuaderno médico psicológico.* La segunda etapa se inicia en el año 1931, momento en el cual este documento pasa a llamarse *Historia Clínica Criminológica.* Finalmente, a partir de 1938 asistimos a la *Ficha criminológica.*

Podemos advertir que en un comienzo el *Cuaderno* guardaba una íntima conexión con criterios autónomos delineados por el Dr. Ingenieros, y enmarcados, rápidamente, por el Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional. Ya a partir del segundo y del tercer período, este carácter autónomo se va perdiendo y, si bien en el segundo podemos indicar a Loudet como gestor de un modelo particular, la Historia Clínica Criminológica, son los criterios legales y orgánicos los que se van profundizando con el transcurrir del tiempo hasta impartir los lineamientos que estructuran y significan como relevante o no determinada información contenida en estas historias.

Este artículo se inscribe en el Proyecto UBACyT 047 *Psicología en Argentina (1900-1957): criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación: historias clínicas, fichas, informes, según contextos políticos y áreas profesionales* dirigido por la Dra. L. Rossi, cuyo propósito es efectuar un relevamiento y análisis de protocolos (fichas, historias clínicas), en tanto muestran una variedad de diseños formales que convocan la dimensión psicológica del sujeto, según la intencionalidad del dispositivo institucional que las regula y enmarca, y las exigencias que imponen los cambiantes marcos de las políticas sociales (Rossi et al, 2007).

A partir del *relevamiento de fuentes primarias, el análisis del contenido y el análisis comparativo* se busca establecer secuencias seriadas de protocolos visualizando

cambios de criterios discursivos y conceptuales como así también lograr la apreciación cualitativa de casos únicos, objetivos derivados del mencionado proyecto.

El corpus analizado se integra por protocolos confeccionados por el Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional el período comprendido entre 1905 y 1943.

Una aproximación histórica

Definida la Criminología como una ciencia empírica e interdisciplinar que se ocupa del estudio del delito, la persona del infractor, la persona de la víctima y el control social del comportamiento delictivo, resulta necesariamente emparentada con el desarrollo de la Psicología como ciencia.

Ha quedado establecido que la criminología moderna alcanzó estatuto científico a partir de dos factores determinantes: en primer lugar por haber conseguido establecer claramente sus dos objetos de estudio, a saber, la conducta desviada y el control social de dicha conducta; en segundo término por trabajar de modo coherente e integrador, los métodos de estudios provenientes de las ciencias positivas y sociales.

Resultaría difícil pensar dichos objetos de estudio y la metodología que los posibilitó sin pensar en el desarrollo de la Psicología.

El universo del conocimiento científico se transforma en el siglo XIX en múltiples aspectos, pero nos interesa destacar los nuevos interrogantes que el hombre ofrece sobre sí mismo. Surge la necesidad de investigar, de recorrer los laberintos del alma y derivado de ello, comienzan a develarse enigmas y encontrarse respuestas para “misteriosas” actitudes del hombre.

Es en este siglo cuando se sientan los puntos de partida de la moderna psiquiatría y la nueva psicología, desprovista ya de sus viejos ropajes filosóficos y contando con sus sorprendentes métodos de análisis.

Pero a medida que el hombre derriba enigmas de sí mismo y recorre los profundos caminos de su psiquismo obteniendo respuestas interesantes, se encuentra con el interrogante mayor, constituido por aquellas conductas altamente disonantes en la orquestación de las sociedades.

Los sujetos atípicos, que desbordan las fronteras establecidas por las comunidades y rompen la armonía existencial de los grupos, constituyen un desafío al saber. Cuanto

más grave es la conducta, más perentoria se hace la necesidad de conocer las causas que la provocan. Desentrañar esas causas constituye un desafío para el conocimiento.

De esta manera, genialidad o degeneración, crimen o locura, significan una profunda encrucijada para el cientificismo de la época.

Consecuentemente surgen ideas sobre criminología, tanto en las cátedras como en publicaciones especializadas, tanto en ateneos científicos como en los servicios institucionalizados.

La cristalización de dichas ideas la encontramos en la creación del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires.

No puede dejar de interesarnos que esta institución se haya forjado en torno a un Gabinete de Psicología Clínica Experimental, merced a la propuesta de Antonio Ballvé, director de la Penitenciaría 21, quien aconsejó su fundación al poder ejecutivo (Dr. Figueroa Alcorta), que con fecha 6 de Junio de 1907 firmó el decreto aceptando la iniciativa de Ballvé y designando como director del Instituto de Criminología a José Ingenieros.

El reglamento funcional especificaba en su primer artículo que se procedería "a la preparación de un boletín médico-psicológico para cada uno de los penados que cumplen condena en este establecimiento o que ingresen en lo sucesivo, boletín que deberá ser mantenido constantemente al día". Este boletín, en la práctica, será denominado "Cuaderno Médico-Psicológico".

El programa científico a que debía ajustarse el Instituto de Criminología había sido ya pensado por Ingenieros, quien lo había explicitado tiempo antes desde las páginas de su revista "Archivos de Psiquiatría y Criminología", donde presentaba su organización en tres secciones:

1) Etiología Criminal: causas determinantes de los delitos (comprende los estudios de Antropología Criminal – psicología y morfología – y los de Mesologia Criminal, como factores determinantes y productores del delito).
2) Clínica Criminológica: multiformes manifestaciones del delito y caracteres fisiopsíquicos de los delincuentes (tiene por finalidad el estudio de las diversas manifestaciones antisociales de los delincuentes y el estudio clínico individual de estos, procurando establecer su grado de inadaptabilidad social o temibilidad individual).

3) Terapéutica Criminal: medidas sociales o individualizadas de profilaxis y represión de la criminalidad (posibilitaba el análisis de las conclusiones obtenidas en las secciones precedentes, el estudio de las instituciones preventivas, aplicaciones legales y sistemas penitenciarios más aptos, de acuerdo con la realidad de las observaciones).

Este programa desarrollado por José Ingenieros en el Instituto de Criminología, cobra expresión al estudiar el "Cuaderno Médico-Psicológico".

El cuaderno médico psicológico

En un primer momento, situamos el *Cuaderno médico psicológico* confeccionado por la Oficina de Estudios Médicos Legales de la Cárcel de Encausados de la Ciudad de Buenos Aires (posteriormente, Prisión Nacional). Estos informes se remitían desde la creación de la oficina (1905) y se compaginaron dos años después (1907), respondiendo al objetivo de *extraer de ellos generalidades y síntesis vinculadas al estudios de los delitos, en su fases más complejas y diversas, de génesis, evolución y tratamiento,* facilitando de esta manera la tarea de investigación (Dichio, 1986: 65).

Como primera aproximación, podemos advertir que esta documentación indagada nos indica que los géneros que prevalecen son descriptivos, concisos, pero a la vez exhaustivos. Asimismo, relevan información transversal y reúnen la condición de ser *seriables en archivos*.

En tal dirección, estos cuadernos exponen una detallada descripción del sujeto *detenido*, sin establecer distinción entre su condición de penado o no. Dicha descripción responde a los siguientes ejes: *antecedentes familiares*, descripción del *detenido en particular*, apartado éste dentro del cual se incluyen datos de filiación, el examen físico, el examen psíquico, su relación con el medio ambiente (moral, inmoral), para, en un lugar relegado del documento, exponer su actuación en el medio: hogar, calle, profesión, instrucción, facultades mentales y, por el último, la descripción del delito.

Cabe consignar que al evaluar los antecedentes familiares releva tanto la información filiatoria, como los antecedentes patológicos y procesales e incluye la categoría *herencia criminal,* lo cual podría integrar un factor criminógeno que dé cuenta de la etiología criminal, uno de los tres ejes ponderados por Ingenieros. Por

otra parte, la indagación respecto de los aspectos físicos y antropométricos cobra un lugar destacado; mientras que el examen psíquico se limita a indagar la presencia de *instintos* (de conservación, de propiedad, sexuales, de nutrición). Sin embargo, luego se incluye un apartado ligado a los aspectos psicológicos atinentes a las facultades mentales.

De esta manera, se observa un desplazamiento del estudio del hecho delictivo al estudio exhaustivo del sujeto que delinque, estudio del cual se desprenderá el concepto de *peligrosidad,* explicitado en el modelo siguiente. De esta manera, este rasgo se condice con el marco legal que enmarca el período en el cual identificamos este documento, compuesto por el Código Penal Argentino y, más específicamente, por el "Reglamento para Cárceles" de 1869 que se empieza a aplica a partir de 1877, en el ámbito de la Penitenciaria Nacional. Sin embargo, asistiendo al período inorgánico de la institución (Alfonsín y Aftalión, 1953), y atendiendo a los orígenes del Instituto de Criminología, *es dable considerar que la confección del documento y los fundamentos que lo atraviesan tendrían autonomía respecto del marco legal vigente en dicho momento, respondiendo a lineamientos y marcos conceptuales establecidos por el propio Instituto de Criminología, bajo la dirección de J. Ingenieros*. Esta característica, como veremos, se irá debilitando, en tanto irá condicionando cada vez más y teniendo cada vez más impacto el marco legal en el modelo con el cual se diagnostica, se describe el tratamiento y se pronostica.

Habiendo detallado los ejes que estructuran el documento, conviene profundizar aquí en el contenido del mismo a los fines de cumplir con el objetivo expuesto.

Así, en la primera página figuran los “antecedentes de la familia” donde se detallan los datos del padre y de la madre del detenido, con un apartado para los antecedentes patológicos divididos en: personales, antepasados y colaterales. Por último, el ítem se cierra con el detalle del grado de instrucción, carácter, conducta, vicios y en caso de haberlos, procesos que pudieran determinar herencia criminal, finalizando con el estado económico y las condiciones morales de la familia.

El segundo ítem está constituido por los datos del “detenido en particular”. Aquí figura la cantidad de hijos que tiene el detenido y se formula la pregunta en relación a la posibilidad de que alguno de ellos haya sido procesado y, de ser así, se explicita la naturaleza del delito. Seguidamente se detallan las enfermedades de la primera

infancia como también las posteriores, los accidentes del desarrollo físico y, si los hubiera, traumatismos craneanos e intervenciones quirúrgicas.

Resulta claro que, *respondiendo a su nominación* el "Cuaderno…" representa una intersección entre los discursos médico y criminológico, resultando coordenadas fundamentales en el momento de definir la situación civil del sujeto (privado de libertad), para su diagnóstico, pronóstico y derivación institucional.

El tercer punto del "Cuaderno…" lo formaliza el "examen físico del detenido", que se divide en primer lugar en: cabeza (cráneo y cara) y tronco (miembros superiores e inferiores).

Luego se examinan: 1- órganos genitales; 2- piel; 3- sistema piloso; 4- sistema muscular; 5- fuerza dinamométrica; 6- sistema óseo; 7- percepciones sensoriales (órganos de los sentidos); 8- función genésica; 9- funciones digestivas; 10- aparato circulatorio; 11- aparato respiratorio; 12- antropometría;13- craneometría; 14- dimensiones de la cara; 15- dimensiones del tórax

El "Cuaderno…" finaliza con el "examen psicológico" del detenido.

El primer ítem se encuentra dedicado a los instintos, divididos en: conservación, propiedad, nutrición y sexual; en cada caso queda señalado si la carga instintiva ha aumentado, disminuido o se ha conservado.

En el caso del instinto sexual se requiere información sobre perversiones, las que se dividen en congénitas y adquiridas.

El segundo punto se encuentra referido al "medio ambiente" del detenido, especificando si este ha sido moral o inmoral.

El tercer ítem detalla la "actuación en el medio" y divide el comportamiento que el sujeto ha desarrollado "en el hogar" y "en la calle". También detalla sus profesiones u oficios, como el salario o sueldo obtenido.

El punto tercero brinda información acerca de la "instrucción" del detenido, especificando que conocimientos posee de: gramática, aritmética, dibujo, geografía, historia, literatura, artes manuales y lenguaje.

El examen psicológico del sujeto finaliza con el informe referido a las "facultades mentales". En consonancia con la psicología de la época, los datos requeridos se presentan analíticamente como una serie de funciones que intentan indagar la personalidad del detenido: 1- atención (duración-fatiga); 2- percepción de ideas; 3-

memoria (formas diversas); 4- reflexión; 5- razonamiento; 6- deducción; 7- inducción; 8- asociación de ideas; 9- juicios; 10- imaginación; 11- abstracción; 12- instrucción religiosa; 13- ideas y sentimientos estéticos; 14- afectividad; 15- emotividad; 16- voluntad; 17- conciencia (que se subdivide en: A- ideas sobre la propia personalidad; B- cumplimiento de los deberes ciudadanos; C- ideas sociales; D- ideas morales; E- ideas jurídicas; F- concepto del delito

Podríamos plantear a modo conclusivo que, revisada la estructura del "Cuaderno…" nos encontramos que tempranamente aparece la inquietud de referir la criminalidad a perturbaciones y enfermedades mentales.

Paulatinamente se profundiza el discurso psiquiátrico y psicopatológico y adquiere nitidez el afianzamiento de una tendencia a psicopatologizar la criminalidad.

La sección Psicología aparece con una tendencia descriptiva y clasificatoria, caracterizada por el estilo analítico-sintético, donde resulta inapelable encontrar el discurso de la Psicología de W. Wundt.

La Historia clínica criminológica

Los criterios correccionalistas se acentúan en 1933 al sancionarse la Ley 11.833, de *Organización Carcelaria y Régimen de la Pena,* y al crearse la Dirección General de Institutos Penales de la Nación. pues aquí se recuperan algunos de estos aspectos y se introducen, a partir de la promulgación de dicha ley, tres ejes: 1) el estudio científico de la personalidad social del condenado; 2) la individualización del tratamiento penitenciario 3) la aplicación de un régimen progresivo (pilares que, con algunas diferencias sutiles, actualmente se sostienen en la Ley 24.660, *de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad*).

En este período se implementa el modelo propuesto por Loudet, quien asume como Director del Instituto de criminología en el período 1932-1946: la *Historia Clínica Criminológica*. Este documento profundiza las características advertidas en el modelo de José Ingenieros, en tanto son productos longitudinales y procesuales en los que se detallan los antecedentes y el diagnóstico, y se agrega el pronóstico (bajo las categorías de *peligrosidad y la adapatabilidad)*, característica propia de las instituciones criminológicas (Rossi et al, 2007), por lo que si en el modelo anterior se

investigaban el pasado y el presente de la víctima, ahora se profundiza el criterio longitudinal al incluirse las tres dimensiones temporales.

En esta Historia clínica criminológica se advierten algunas modificaciones respecto del modelo anterior, que en gran medida tienen su origen en el atravesamiento impartido desde el marco legal vigente en ese momento.

A modo descriptivo, se puede señalar que la inscripción institucional se destaca de manera más detallada dado que no sólo en su carátula incluye la pertenencia a la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires, sino su dependencia al Instituto de Criminología. Asimismo, en esta portada se presenta al penado a partir de un número de identificación, y no su nombre y apellido -modificación que llegará en el año 1947 a partir de un decreto presidencial. Es importante mencionar que emplear la palabra *penado* y no detenido, como en el caso anterior no es un dato menor puesto que el tratamiento, introducido en este modelo, tendrá como interlocutor sólo a aquel, en tanto comprobado el delito es necesario atender a los factores etiológicos causantes del mismos y revertirlos.

Por otra parte, en relación a la arquitectura interna de la Historia Clínica Criminológica, se advierte una alteración en el orden de la información contenida en una de sus secciones: pues al presentar la información correspondiente al penado se antepone su actuación en el medio –vida escolar, familiar, social, política, laboral, militar- dejando postergada su historia personal recortada a partir de criterios organicistas y médicos, en los cuales se siguen incluyendo estudios antropométricos, profundizados en el *examen antropológico*.

Por otra parte, la psicología, que anteriormente se agotaba en el plano de lo instintual, exponiendo en un apartado aparte la descripción analítica de las facultades mentales, en este caso deja de incluir dicho plano, para estudiar variables tales como la *fisonomía, el carácter, el trato, la actitud, lenguaje, temperamento, afectivdad, voluntad, atención, percepción y memoria.* Asimismo, introduce un nuevo apartado, *Alienación mental,* en el que analiza al penado bajo el prisma psiquiátrico.

Sin embargo, también se detentan diferencias en relación a conceptos tales como el pronóstico y el tratamiento que se recortan como particularmente novedosas respecto del *cuaderno*.

De esta manera, tal como se mencionó *ut supra* en relación al pronóstico, se introduce en esta historia clínica el *índice de peligrosidad*, cuya graduación corresponde a criterios delineados por E. Ferri. Así, esta peligrosidad podía ser producto de *tendencias congénitas o hábitos adquiridos,* por un lado, o de *factores emocionales, pasionales u ocasionales,* que sólo en un momento particular convierten a un sujeto en un delincuente. Son indicadores de la primera categoría, merecedora de un grado mayor de peligrosidad, los siguientes factores: "haber llevado una vida disoluta, deshonesta o parasitaria"; tener antecedentes penales y policiales; haber cometido el delito en forma precoz; haber obrado por "motivos innobles o fútiles" (odio, venganza, codicia, etc.); haber preparado minuciosamente el acto delictivo; elementos tales como el lugar, momento, instrumentos aplicados, etc. que den cuenta de una mayor insensibilidad al cometer el delito; tener *condiciones psíquicas y orgánicas anormales*. En relación a este último punto, es importante destacar que el modelo se apura en aclarar que estas condiciones *no deben constituir enfermedades mentales al tiempo que sí deben revelar tendencias criminales.* De esta manera, el indiscriminado abordaje entre crimen y locura que en momentos previos sentó criterios de peligrosidad ya se encuentran distinguidos y ponderados de manera diversa al momento de la confección de este documento. Por otra parte, morigeraban la peligrosidad los siguientes factores: la "honestidad y laboriosidad precedentes; el haber obrado por "motivos excusables" (amor, honor, etc.) o de interés público; por un estado de pasión excusable o de emoción por intenso dolor o temor o por ímpetus provocados por otros; el haber cedido ocasionalmente por motivos personales (vejez, ceguera, etc.) o familiares excepcionales y excusables; el haberse apresurado a resarcir el daño producido luego de cometer el delito; el haber, por arrepentimiento, confesado el mismo. De esta manera, podemos observar que eleva la graduación del pronóstico de peligrosidad aquellas características que evidencien una *fijeza* en el actuar, dificultando su moficación por la vía correctiva. En cambio, el carácter de excepcionalidad como así también variables subjetivas como la figura del arrepentimiento o la emergencia de condiciones personales determinadas, disminuyen el riesgo, favoreciendo el pronóstico.

El pronóstico se completará a partir de la evaluación de la *adaptabilidad* que también asume diversos grados: 1) adaptabilidad a la vida social; 2) Adaptabilidad bajo

tutela; 3) Inadaptabilidad. En este último caso se van a sugerir medidas de seguridad, mientras que en el segundo ya se interpela a la figura del *Patronato,* como referente institucional.

Es dable destacar que tanto el tratamiento individualizado y progresivo, como la incorporación de medidas alternativas a la privación de la libertad hallaban eco a nivel internacional, puesto que tanto en el Congreso Penitenciario Internacional celebrado en Roma en 1885, como en el de Budapest de 1905 se recomendó la adopción del trabajo – uno de los ejes del tratamiento individualizado-a los fines de mejorar la salud física y moral de los penados y generar mayores condiciones para el liberado pueda ganarse la vida. Sin embargo, será luego de la segunda Guerra Mundial donde el impulso por los institutos abiertos cobró mayor énfasis.

Por otra parte, este modelo introduce la *clasificación* del condenado siguiendo los criterios propuestos particularmente por Ingenieros, y también por Lombroso, Ferri, Pili, Vervaeck, Maudsley, Ottolenghi. Esto responde a enriquecer *el estudio científico de la personalidad social del condenado,* ya que dichas clasificaciones estaban avaladas por el discurso considerado científico en aquel momento, y, por lo mismo, arrojaban valiosa información sobre la personalidad del condenado. Asimismo, se advierte nuevamente la presencia de esta ley al incluirse, a diferencia del modelo de Ingenieros, el *tratamiento penitenciario.* Este tratamiento, que tendría por fin reducir la peligrosidad*,* se va a caracterizar como progresivo a partir de la mentada ley 11.833, y va a estar compuesto por tres ejes: la educación, el trabajo y el comportamiento dentro de la institución*.* Estos aspectos son congruentes con el marco positivista y correccionalista vigente en el sistema punitivo y su correlato científico, la criminología positiva. A su vez, encuentra su correlato en el espíritu de las iniciativas legales, dado que en 1933 se sanciona la antedicha Ley 11.833 que introduce la importancia de profundizar el estudio científico del penado y la individualización de su tratamiento. Ambos aspectos impactan en el modelo propuesto por Loudet, evidenciando cómo el marco legal pasa a cobrar presencia al regular y normativizar la producción del Instituto de Criminología. Cabe destacar que con dicha ley se inicia el segundo período de la historia penitenciaria: el de la *Racionalización legal,* que se extiende hasta 1947, momento en el que se reglamenta la Ley 11.833 mencionada anteriormente (Afatalión y Alfonsín, 1953; Garcia Basalo, 1975).

Ficha criminológica

A partir de 1938, el protocolo estudiado deja de titularse historia clínica criminológica para responder al título de *Ficha criminológica.* En este documento se observa nuevamente su mayor adherencia institucional como así también una tendencia orgánica acentuada. Esto se confirma al analizar su portada en la cual se establece en primer lugar su pertenencia nacional: República Argentina, luego su inscripción institucional aún más jerarquizada y discriminada que en el caso anterior donde se evidencia la tendencia a la centralización. Así, se establecen cuatro niveles jerárquicos a nivel institucional: el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública; la Dirección General de Institutos Penales; el Anexo Psiquiátrico Central y el Instituto de Criminología. Finalmente, y luego de nombrar al recluso, se explicita el establecimiento carcelario que aloja al mismo.

Sin embargo, en este modelo, las modificaciones, en parte, reconducen al modelo inicial en tanto recupera la evaluación de los instintos en su *evaluación psicológica.* Asimismo, confirma y acentúa aspectos ya anticipados en los modelos anteriores al introducir el examen del *Biotipo,* y al sostener la evaluación periódica en términos del *Tratamiento individualizado y progresivo,* basado en los tres ejes y planteados en el segundo modelo, como así también la ponderación de la peligrosidad y la adaptabilidad, afianzando el criterio longitidinal y procesual que estos documentos adoptan en aras a responder por la historia del sujeto (Rossi, 2007) y confirmando la tríada etiología criminal, clínica y terapéutica introducida en el programa científico elaborado por Ingenieros

BIBLIOGRAFÍA

- AFTALIÓN E. y ALFONSIN J. (1953): *La ejecucion de las sanciones penales en la República Argentina*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de la Dirección General de Institutos Penales de la Nación, 1953
- DICHIO JJ. (1986): *El estudio del delincuente. Reseña histórica de la criminología en la Argentina.* Buenos Aires: Ed. Penitenciaria, 1986.
- GARCÍA BASALO JC. (1975): *El Régimen penitenciario argentino.* Buenos Aires: Ediciones Libería del Jurista, 1975.

- ROSSI L. et al. (2007): Proyecto UBACyT 047 *Psicología en Argentina (1900-1957): criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación: historias clínicas, fichas, informes, según contextos políticos y áreas profesionales.* Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires, 2007.
- Ley 11833 de organización carcelaria y régimen de la pena.
- Documentos y fuentes: Fichas e historias criminológicas relevadas en el Museo Penitenciario del Servicio Penitenciario Federal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN PROTOCOLOS CLÍNICO CRIMINOLÓGICOS. DEGENERADO Y LOCO MORAL EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX EN ARGENTINA [19]

Falcone, Rosa

RESUMEN

El tratamiento de las penitenciarias, a comienzos de siglo XX en Argentina, tenía como objetivo implementar técnicas que permitieran modificar las tendencias antisociales de los internos. Al momento de ingresar el interno era abordado por un grupo de profesionales (interdisciplinarios), con estudios en Criminología, a fin de desarrollar informes de evaluación inherentes a sus disciplinas. Estos informes formaron parte de la *historia criminológica* con la finalidad de llegar a la génesis de la conducta delictiva y sugerir un tratamiento.

La propuesta de este artículo es describir sucintamente algunos de los ítems explorados en dichas historias criminológicas, reconstruir alguna explicación de los diversos agrupamientos de datos y relevar su importancia en relación a los diagnósticos. Para ello se destaca la importancia de la obra de Lombroso y Ferri, referentes teóricos indiscutidos de la Criminología argentina, fuertemente influyentes en el pensamiento de nuestros argentinos Francisco de Veyga y José Ingenieros durante el período que se investiga. En virtud de ello se explora fundamentalmente las obras de Cesare Lombroso *El delito. Sus causas y remedio* de 1899, y *L'huomo delinquenti*, de 1879, así como también, *El homicida en la psicología y en la psicopatología criminal* (1930) de E. Ferri.

PALABRAS CLAVE: historias clínico criminológicas - indicadores - diagnósticos.

INTRODUCCIÓN

La historia criminológica constituye el legajo criminológico personal de los internos que contienen los estudios interdisciplinarios de los distintos profesionales. Los datos recabados se agrupan a grandes rasgos en: Antecedentes familiares; Antecedentes individuales; Examen antropológico (talla, diámetro de cráneo, capacidad creaneana, coeficiente de robustez, etc.); Exámen psicológico (inteligencia, actividad, voluntad);

---

[19] (2009). *Actas del X Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis,* 10, pp. 115- 124

Exámen médico; Herencia (inspección del árbol genealógico: abuelos, hermanos del padre, hermanos de la madre, etc.). El Estado actual (fecha de ingreso, inspección clínica médica) y la Anamnesis criminológica. Luego una Ficha Criminológica que comprende el delito y la versión del testimonio, causas predisponentes, factor determinante, actitud anterior al delito, meditación del delito, actos preparatorios, ejecución, etc. Comprende además el estado al momento del delito: físico, embriaguez, pasional, moral; y condiciones exteriores: lugar, mes, hora, estado atmosférico, temperatura. Y por último, los Informes interdisciplinarios: Informe de la Escuela; Informe de Talleres. Vida industrial; Información de la sección penal.

Con el propósito de dilucidar la organización de estos ítems consignados en las historias criminológicas nos propusimos realizar un análisis comparativo entre la presencia de dichos indicadores y los criterios diagnósticos empleados. Para ello se han tomado varios modelos utilizados en el Instituto de Criminología de la Penitenciaria Nacional de Buenos Aires (1905, en adelante). Se ha trabajado en su estructura interna comparándola con una historia completa de datos recabados del conocido caso de Santos Godino, que obra en Museo de la Penitenciaria Nacional de Ushuaia y que reproducimos sintéticamente en el apartado siguiente. Los resultados de dicho estudio revelan que la estructura interna de todas las fichas consultadas es similar y que sólo se observan ligeros cambios a lo largo del tiempo. Que la "Historia de Clínica Criminológica" de O.Loudet tiene como antecedente el "Boletín Médico Psicológico" de J. Ingenieros y el "Legajo Antropológico" de Vervaeck. Se ha advertido que la degeneración mental, la simulación y la locura moral han constituido diagnósticos clínico criminológicos frecuentes en las primeras décadas del siglo XX en Argentina. Se ha detectado que se arriba a dichos diagnósticos indagando la individualidad biológica, psicológica y social y que se apunta a conocer el perfil criminológico comprendiendo la historia familiar, personal y social.

Análisis descriptivo

Reproducimos a continuación, en sus ítems principales, la historia criminológica del conocido caso de Godino que obra en Museo de la Penitenciaria Nacional de Ushuaia. Dice Ministerio de Justicia e Instrucción Pública. Dirección de Institutos Penales. Cárcel de Tierra del Fuego, Ushuaia, información extraída de fojas 12, 13, 14, 15, 16 y17, fechada en abril de 1936[1].

Antecedentes individuales

Exploran

Vida escolar.

Vida militar. Con preguntas del tipo ¿efectuó o eludió el servicio militar?, fecha, lugar, conducta.

Vida en el trabajo. Oficio o profesión. Trabajo regular o irregular. Desocupación, ahorros, ascensos.

Vida familiar: con los padres y hermanos. Afecto, indiferencia, apoyo moral, emancipación antes de la edad legal. Con la esposa o concubina: edad, nacionalidad, instrucción, conducta familiar y social. ¿Vivía con ella? La mantenía o explotaba. La abandonó o fue abandonada. ¿Vivía con otra mujer?

Vida sexual libre. Con los hijos. Número, edad, sexo, instrucción. ¿los sustentaba? ¿los explotaba? ¿los trataba bien o mal?

Vida político social: ideas políticas. Afiliación a sociedades gremiales o sindicatos. Libros periódicos que leía. Religión. Vinculaciones habituales (gentes honestas, malvivientes, delincuentes) ¿ha hecho vida carcelaria anterior?

Examen psíquico

Expresión de la fisonomía: inteligente. Ininteligente. Estúpida, cruel, bondadosa. Atenta. Distraída. Vivaz. Triste. Franca. Insincera. Tranquila. Sospechosa. Arrogante. Indiferente.

Trato y maneras. Común, rudo, áspero, distinguido, educado, franco, sospechoso, insinuante, afeminado.

Lenguaje: charlatán, incónico, reticente, vulgar, esmerado, obsceno. Trastornos del lenguaje.

Escritura. Infantil, común, esmerada.

Se explora además: inteligencia, voluntad (débil, enérgica, inconstante, normal. Poder de inhibición (débil, escaso, nulo). Carácter: débil, fuerte, misántropo, sincero, hipócrita, honesto, deshonesto, canalla. Además, pronóstico ¿debe ser considerado fácilmente corregible, difícilmente corregible o incorregible.

Antecedentes familiares: padres (edad, nacionalidad, estado civil, residencia en el país). Instrucción, religión, conducta conyugal. Profesión, oficio. Sueldos, salarios, rentas.

Carácter, temperamento, moralidad, vicios. Vivienda ¿Cuántas personas dormían en la misma pieza?

Vida marital entre los padres: existe parentesco entre la madre y el padre. Hijos tenidos antes del matrimonio. Armonía conyugal.

Hermanos. Si registran antecedentes policiales o judiciales. Naturaleza de los delitos.

Finalmente aparece un ítem con el título: Conclusiones: condiciones morales y materiales del hogar (legítimo o ilegítimo, completo o incompleto) etc. y Factores familiares criminógenos, directos o indirectos (directos: mal ejemplo, instigación al delito, explotación de la mendicidad infantil. Indirectos: abandono material y moral.

Se ha observado que los diagnósticos surgen de la exploración de diferentes indicadores emergentes de la observación de los internos. Se utilizan en su mayoría modelos de fichas médico legales pertenecientes a la Penitenciaria Nacional. Los examinados internos son estudiados con los modelos médico legales, aún cuando de los diagnósticos se desprenda un cuadro de locura moral o de alineación mental y se indique reclusión en el Hospicio de las Mercedes.

Acerca de las conclusiones diagnósticas extraemos algunos fragmentos de los Informes Médico Legales, que corresponden al caso Santos Godino de una serie que corresponde al Hospicio de las Mercedes. Pabellón Lucio Meléndez. “Alienados llamados delincuentes”, donde se arriba a la conclusión que el diagnóstico médico es el de un “procesado alienado”.

Informe Negri-Lucero (31 de enero de 1913)

Síntesis

- El procesado Godino es un alienado mental o insano o demente en las acepciones legales.

- Es un degenerado hereditario, imbécil que sufre locura moral.

- Es irresponsable.

Informe Victor Mercante (24 de febrero 1913)

Síntesis

- Cayetano Santos Godino no sabe leer, escribe tan solo su firma y conoce los números hasta 100.

- Inadaptable a la escuela común

- Priman en él los instintos primarios de la vida animal mientras que los sociales están poco menos que atrofiados.

- Ofrece desde el punto de vista físico numerosos estigmas degenerativos los más característicos del tipo criminal.

- Ofrece como estigma de su vida moral la idiotez afectiva, los sentimientos sociales son poco menos que nulos.

Informe Estevez-Cabred (29 de mayo de 1913)

Que Cayetano Santos Godino

- Se halla atacado de alienación mental.

- Que su alienación mental reviste la forma de la imbecilidad

- Que esta imbecilidad es incurable

- Que es totalmente irresponsable de sus actos.

- Que es impulsivo conciente y extremadamente peligroso.

- Que debe permanecer indefinidamente aislado en el manicomio en que se encuentra.

OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

Se deduce a partir del estudio realizado que en los diagnósticos, que hemos sintetizado, la referencia indirecta es al criminólogo italiano C. Lombroso, bien conocido por el estudio de las anomalías morfológicas de los criminales, integrante junto a E. Ferri y Rafael Garófalo de la Escuela Positiva Italiana y fundador de la *Antropología Criminal*. Lombroso habría profundizado en la morfología criminal destacando las anomalías del delincuente, mientras que Ferri completa el abordaje físico con la psicopatología criminal. Estos dos factores, el físico y el psíquico, constituyen la base de la disciplina criminológica, tal como fuera desarrollada en Italia, y que comprueba su presencia en los protocolos criminológicos analizados más arriba.

La publicación por Lombroso del *Tratado Antropológico experimental*, en 1876, había estigmatizado ya al delincuente como un caso especial. El delincuente por sus característicos rasgos morfológicos y psíquicos constituía un tipo diferente al hombre común. Presenta signos de inferioridad orgánica y psíquica y posee rasgos especiales distintivos: menor capacidad craneana, gran capacidad orbitaria, escaso desarrollo de las partes anteriores y frontales, frente hundida, insensibilidad moral, falta de

remordimientos y una gran impulsividad. Lombroso sostiene que el delincuente carece de sentimiento moral debido a la regresión a etapas anteriores, es decir, regresión, por un lado, y falta de, o no evolución, por otro.

En su libro *L' huomo delinquenti* delinea el perfil morfológico del asesino afirmando la presencia de signos físicos característicos: cabellos negros y espesos, falta de barba y palidez en el rostro. Corto su cuello y sus manos, diámetro mandibular exagerado, nariz rectilínea y ciertas anomalías en las orejas (orejas en forma de asa). Signos psíquicos: insensibilidad al dolor, insensibilidad afectiva, falta de remordimientos, cinismo, vanidad, crueldad y afán vengativo (Lombroso, 1879, p.23 y ss.). Caracteres que en su conjunto nos ofrecen los signos propios de la degeneración.

A su vez, Lombroso había establecido la distinción entre el criminal nato (con estigmas hereditarios), el loco moral (especie de idiota moral o indiferente afectivo que no comprende el sentimiento moral), el delincuente pasional (que comete el delito bajo la influencia de una pasión), y el delincuente loco (loco alienado, loco alcohólico y el delincuente loco histérico). A partir de estas afirmaciones logra perfilarse la conocida hipótesis de la interrelación entre el loco y el delincuente.

Lombroso da a conocer en sus investigaciones la relación entre ciertos rasgos hereditarios y el comportamiento criminal. No obstante, un gran número de determinantes ambientales también son considerados. Da importancia a las condiciones meteorológicas, la raza, la densidad de población, el alcohol, factores educacionales, económicos y religiosos y afirma que el abuso de alcohol o la herencia mórbida de padres alcohólicos determinan una fuerte inclinación al delito. El estado de civilización es considerado un factor positivo que disminuye el efecto del alcohol sobre el homicida y lo protege contra los delitos. Dicho argumento explica que en los países civilizados disminuye la incidencia de crímenes. La educación resulta también una variable pues la criminalidad en los analfabetos es feroz, mientras que en los instruidos es más astuta. Es decir, que la cultura aún cuando no disminuya la criminalidad por completo constituye un freno importante.

La religión aporta un factor de complejidad en los delitos. Lombroso comprueba que entre los criminales el sentimiento religioso constituye una excusa para el delito. Entre los ateos la frecuencia de caer en actos delictivos disminuye considerablemente[2]. La raza también merece su consideración. Las enfermedades venéreas, las condiciones insalubres

de trabajo y el alcohol asociado con determinadas razas constituían claramente factores de la degeneración.

El diagnóstico criminológico, volcado en los protocolos clínicos de la época, se obtiene de la observación que procura investigar los rasgos físicos, la raza y la nacionalidad, que darían cuenta rápidamente del grado de civilización o cultura del individuo. A mayor civilización o cultura del sujeto menos locura o delincuencia.

Ferri, por otra parte, afirma que los procesos criminales son una demostración de los sentimientos del hombre en clara atribución de un significado psicológico a los hechos. Habla de sentimientos o de estados psicológicos que llevan a realizar acciones. Las ideas permiten la elección de medios para llegar al fin pero la energía depende de los sentimientos. La sensibilidad moral es congénita y heredada de las precedentes generaciones. Es así que Ferri concluye que el hombre obra como siente, por lo cual, el criminal debe ser estudiado por sus sentimientos o sentido moral dando mayor preferencia al estudio de la constitución psíquica.

De lo anterior se deduce que la energía intelectual tiene una participación en las acciones como fuerza reflexiva e inhibitoria. Esto nos recuerda a Lombroso cuando sostenía que la civilización actúa sobre el hombre como una fuerza contraria a la criminalidad. Al hablar de criminales natos, Ferri dice que existe una falta de previsión de efectos de las propias acciones, en consecuencia de la energía inhibitoria de las mismas, por lo que se podría observar una deficiente, débil o incompleta asociación de ideas. El criminal daría la apariencia de un **débil mental** derivado de una serie de factores físicos comprobables en una menor capacidad craneana, en la menor altura y anchura de la frente y en el relativo índice frontal, en enormes arcadas superciliares, y, sobre todo, en frentes huidas y angostas que indicaban un desarrollo más escaso de los lóbulos frontales y prefrontales del cerebro, que son el centro de los actos intelectuales superiores. Con lo expuesto se afirma que habría una debilidad mental o inferioridad cerebral comprobada en los delincuentes natos (Ferri, 1930).

Ferri elabora una tipología de delincuentes más amplia que la de Lombroso, sin embargo, toma en cuenta aspectos que no habían sido insignificantes en los estudios de su contemporáneo, clase social, religión y nivel intelectual del criminal. Realiza una clasificación de tres factores de homicidio: factores antropológicos, factores físicos y factores sociales. En el antropológico se estudia, tanto la parte orgánica, como la parte psíquica del homicida. El delincuente puede, según esta teoría, ser loco o alienado, loco moral, y perverso constitucional (por hábito o profesional). Distingue a su vez el delincuente nato o instintivo, el delincuente loco (que padece una enfermedad mental), el delincuente pasional, el delincuente ocasional (producto de las condiciones del ambiente familiar y social).

Por lo expuesto deducimos la importancia que tiene, en los protocolos criminológicos de principios de siglo, la averiguación de los antecedentes de raza, religión, ascendencia, nivel de educación, a los que se suma una investigación detallada de los signos físicos evidentes en los sujetos estudiados. La exploración de los conceptos implícitos en los distintos grupos de datos ha podido demostrar su incidencia en las clasificaciones y diagnósticos criminológicos, y a su vez la influencia que han tenido los desarrollos de la criminología italiana especialmente en el pensamiento de José Ingenieros, hacedor de esta disciplina en Argentina desde su puesto de Director del Servicio de Contraventores y del Instituto de Criminología.

El modelo de historias criminológicas analizadas en el presente artículo no son mas que una derivación de las primeras utilizadas e implementadas desde 1905, en el Instituto Criminológico de la Penitenciaria Nacional, que indagan además del perfil criminológico el grado de alienación mental, con los nombres de "Cuaderno Medico Psicológico", "Boletín Medico Psicológico" e "Historia de clínica criminológica" (a partir de 1932, modelo Loudet). Se ha desarrollado algunos de los principios conceptuales contenidos en los ítems que la componen y algunas corrientes criminológicas que suponemos han tenido algún valor referencial en la construcción de dichos protocolos clínicos. Se ha puesto de manifiesto la importancia de los diagnósticos diferenciales entre la deficiencia mental, la criminalidad, y la delincuencia que justifican la exploración en las fichas criminológicas de la raza, la herencia, el examen antropológico y el examen psíquico atendiendo a las ideas, atención, afectividad, etc.

En síntesis, hallamos una congruencia clara entre los indicadores explorados en las historias clínico - criminológicas y las investigaciones realizadas en la obra de Ferri y de Lombroso que han justificado ampliamente habernos ocupado de sus desarrollos en el presente artículo.

REFERENCIAS

Ferri, E. *El homicida en la psicología y en la psicopatología criminal*, Madrid, Ed. Reus, primera edición, 1930.

Lombroso, Cesar (1899) *El delito. Sus causas y remedio*. Traducción de Bernardo Quirós. Ed. Victoriano Suarez, 1902.

Lombroso, Cesar (1876) *Tratado Antropológico Experimental del hombre delincuente,* Verona, sitio Web.

Lombroso, Cesar (1879) *L'huomo delinquenti*, de 1879 establece su topología o tipos de delincuentes:

Ingenieros, J. (1900) *La simulación en la lucha por la vida*, Roggero-Ronal. Buenos Aires, 1952.

Ingenieros (1902) *La Semana Médica*, 52, 1045-1055

Zimmermann, Eduardo (1995) *Los liberales reformistas: la cuestión social de la Argentina,* primera edición, Bs.As., Sudamericana.

NOTAS

(1) Cayetano Santos Godino (comúnmente conocido como el “petiso orejudo”), 16 años. Después de apresado confiesa cuatro homicidios y numerosas tentativas de asesinato. Lo que más irritaba a la opinión pública era el cinismo, la morbosidad con que contaba sus crímenes. Entre 1904 y 1912 se dieron una serie de crímenes y eran invariablemente niños indefensos. Fueron diez niños en total. En el transcurso de esos ocho anos estuvo recluido en un correccional de San Marcos. Recupera su libertad en diciembre de 1911. En noviembre de 1912 se lo vuelve a detener y es liberado por falta de mérito el 4 de diciembre de 1912. Otro hecho criminal ocurrido en diciembre de ese año lo lleva a internación en el Hospicio de las Mercedes. Tres años después cuando ya tenía la edad de 19 años y luego de varios informes del hospicio fue condenado a la pena de prisión a perpetuidad en el establecimiento Penal de Ushuaia.

(2) Mientras más joven se encuentra la religión y más apasionadamente morales son, puede generar mayor delito. A partir de sus estudios estadísticos Lombroso observa otro hecho significativo los hijos de segundas nupcias son los que se encuentran en prisión. Entre los huérfanos criminales, predomina el sexo femenino pues la mala educación influye casi más que el abandono.

LA CONSTRUCCIÓN DEL CRITERIO CLÍNICO CRIMINOLÓGICO. LA HISTORIA DE CLÍNICA CRIMINOLÓGICA (1932) – PERICIAS MÉDICOLEGALES (1938)[20]

Kirsch, Ursula.

Resumen

El relevamiento de los registros formales que documentan las prácticas psicológicas y psiquiátricas en Argentina (1900-1957), permite reconocer los criterios psicológicos en uso.

Uno de los lugares donde se encuentran dichos criterios, es donde se produce el cruce del discurso psiquiátrico con el discurso criminológico.

El presente estudio propone considerar algunos de los argumentos que construyen la genealogía conceptual *(interdiscurso),* en clínica criminológica, para destacar la matriz generadora de los textos fundadores *(intradiscurso)* (Narvaja, 2006), en este caso, la impronta de una nueva concepción en la *Historia de Clínica Criminológica* (Loudet, O 1932) y en las *Pericias Médicolegales* (Loudet O., Ciafardo R.), publicadas en 1938. Se trata de la presentación de una práctica de registro y documentación, en la que la tradicional historia clínica se transforma en una historia que suelda la criminología con la clínica e impone la pregunta acerca de los indicios de subjetividad en los cambios conceptuales del discurso psiquiátrico.

Palabras clave: (4)

Psiquiatría – Criminología – registros - Argentina

Title: THE CONSTRUCTION OF CLINICAL CRIMINOLOGICAL CRITERIA. “HISTORIA DE CLÍNICA CRIMINOLÓGICA (1932)” AND “PERICIAS MÉDICOLEGALES (1938)”

The psychological criteria used in Argentina at 1900-1957 can found throughout the survey of formal records of psychological and psychiatric practice.

---

[20] (2009). I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.

The cross between psychiatric discourse and criminological discourse is one of the places where it can be found.
The present study proposes to consider some of the arguments that build the conceptual genealogy (*inter discourse*) in clinical criminology, to highlight the generating matrix of the founding texts (*intra discourse*) (Narvaja, 2006).
We look at the rise of a new conception in the *Historia de Clínica Criminológica* (Loudet, O 1932) and the *Pericias Médicolegales* (Loudet O., Ciafardo R.), published in 1938.
This new conception is about a new practices of registry and documentation, in which the traditional clinical history is transformed into a new one that melds criminology and clinic, and imposes a question about the marks of subjectivity in the conceptual changes of psychiatric discourse.

Keywords:

Psychiatry – Criminology – registry – Argentina

Palabras clave:
Psiquiatría – Criminología – registros - Argentina

El relevamiento de los registros formales que documentan las prácticas psicológicas y psiquiátricas en Argentina (1900-1957), permite reconocer los criterios psicológicos en uso.
Uno de los lugares donde se encuentran dichos criterios, es donde se produce el cruce del discurso psiquiátrico con el discurso criminológico.
El presente estudio propone considerar algunos de los argumentos que construyen la genealogía conceptual *(interdiscurso),* en clínica criminológica, para destacar la matriz generadora de los textos fundadores *(intradiscurso)* (Narvaja, 2006), en este caso, la impronta de una nueva concepción en la *Historia de Clínica Criminológica* (Loudet, O 1932) y en las *Pericias Médicolegales* (Loudet O., Ciafardo R.), publicadas en 1938. Se trata de la presentación de una práctica de registro y documentación, en la que la tradicional historia clínica se transforma en una historia que suelda la criminología con

la clínica e impone la pregunta acerca de los indicios de subjetividad en los cambios conceptuales del discurso psiquiátrico.

En el orden de los antecedentes, cabe mencionar que desde las primeras *Observaciones*, José Ingenieros[1] procura determinar los signos de alienación mental en el delincuente, siguiendo en este punto una tradición, que comienza con Lombroso. Dado que tanto la conducta delincuente como la alienación mental son consideradas aberraciones anómalas, se les atribuye en principio una etiología común: congénita, hereditaria y degenerativa. Esta concepción que se inscribe en el marco del determinismo hereditario y del darwinismo social, logra conmover el procedimiento judicial, ya que admite la presencia de locura en el delincuente, y modifica los criterios de imputabilidad. En el registro de Ingenieros se trata de aportar al procedimiento judicial criterios más precisos que permitan diferenciar al delincuente loco de aquél que ha aprendido a simular la locura en los trajines de la lucha por la vida. La clínica criminológica estudia las formas del delito y los caracteres de los delincuentes, determinando el grado de inadaptabilidad social o de temibilidad individual. De esta asociación entre formas de delito y patología del delincuente, surge la clasificación de los delincuentes en tres grandes formas de anomalías: moral, intelectual y volitiva. Mientras apuntala la defensa social, no solo advierte que hay delincuentes congénitos, adquiridos y / o transitorios, también se especifican los criterios de reconocimiento de la alienación mental.

En *Un caso de locura moral* (Bosch, G., Mó A., 1915) subsiste esta concepción, según la cual la ausencia de sentido moral es atribuida a una falla congénita. El loco moral, pertenece en la clasificación de Ingenieros al caso del delincuente congénito dentro de las anomalías morales. Sostenido en la descripción de una historia clínica según el esquema clásico, en la que se detallan los antecedentes hereditarios, los antecedentes personales, el examen somático y el examen psíquico, el artículo busca demostrar la necesidad de recluir a la enferma en un instituto psiquiátrico. En este caso, en el que se trata de una locura histérica, su peligrosidad se explicaría porque no puede ser considerada responsable de sus actos, y esta falla respondería a causas innatas. El punto de vista médico busca influenciar aquí a las consideraciones legales sospechadas de demasiado contemplativas.

En el texto *Alienación Mental y Delincuencia*[2] (Fernández H. 1933) aun puede leerse que *entre el delito y la locura existen biológicamente vínculos de estrecho parentesco* y *que el alienado y el delincuente son vástagos afines en el frondoso árbol de la degeneración*. Sin embargo, el autor recorta el caso del alienado delincuente, en el que asoma el concepto de la peligrosidad hacia si mismo o hacia los demás y propone estudiar los síndromes clínicos de la alienación mental en su relación con las modalidades delictivas.

Una modificación importante del cruce del discurso psiquiátrico y del discurso criminológico se produce bajo la influencia de Osvaldo Loudet.[3] En su formación como médico resuenan los ideales de la reforma universitaria (Córdoba, 1918). Fue director del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires, desde 1927. Si bien siempre aclara que el instituto fue creado por José Ingenieros, este estudio se propone relevar el surgimiento de criterios propios en el campo de la aplicación de la psiquiatría a la criminología.

En *La confesión y los remordimientos en los condenados* (Loudet, O ,1937), no sólo define la moral como un hecho psíquico, sino que, fiel al relativismo subjetivo propio de los años 20, ubica al hombre en relación a una escala de valores, en la cual el santo, el sabio, el héroe, por un lado y el delincuente por el otro, representan sus extremos. La posibilidad de remordimiento en homicidas y ladrones le permiten afianzar un antipositivismo, ya que: *El evolucionismo es incapaz de explicar por qué el hombre moralmente elevado siente remordimiento, mientras el hombre moralmente inferior no siente nada más que el temor a la pena.* Sostiene que el diagnóstico del verdadero remordimiento tiene importancia práctica en la clasificación psicológica de los delincuentes, porque de allí se desprenden las normas del tratamiento penitenciario. La *historia de clínica criminológica,* que Loudet da a conocer en 1932, señala el inicio de una práctica que argumenta de una forma cada vez más precisa, decisiones de orden jurídico y social. En la presentación de este documento, Loudet fundamenta que se propone investigar la naturaleza de aquel que comete delito, para poder interpretar el delito mismo. Considera al delito un síntoma secundario y externo, siendo lo importante investigar la causalidad, que reside, sobre todo en el individuo. La conducta delictiva es entendida como manifestación de una enfermedad, cuyas causas se deslindan siguiendo el método genético, que parte de la conexión activa entre los

factores internos y las disposiciones constitucionales. *En la génesis del fenómeno delictuoso, no interviene solo la voluntad ocasional, la conciencia y el pasado remoto del delincuente y su más lejana herencia directa y ancestral, sino la sociedad entera con su organización económica, moral y social, y con sus defectos orgánicos*. (Loudet, O. 1932)

En la carátula de *la historia de clínica criminológica*, Loudet señala que reconoce como antecedentes al "Boletín Médico Psicológico" de Ingenieros y al "Legajo Antropológico" de Vervaeck. En el diseño de Loudet se distinguen las siguientes secciones: Antecedentes Familiares, Antecedentes Individuales, Examen Antropológico, Examen Psicológico, Alienación Mental, Anamnesis Criminológica, El Delito, Índice de Peligrosidad, Tratamiento Penitenciario, Informes.

La posibilidad de un relación directa entre conducta delictiva y enfermedad mental es integrada en la concepción de esta *historia de clínica criminológica* a las tendencias innovadoras, que desde los años 30, admiten que la constitución individual es afectada por las influencias del ambiente. (Kirsch, U. 2003). Sin embargo, Loudet sustituye las mediciones biotipológicas, por un Examen Antropológico, que recuerda su admiración por Ameghino. En Antecedentes Familiares se investiga la historia familiar del delincuente y en la sección Antecedentes Individuales, se construye una historia del delincuente, desde el punto de vista de su actuación en el medio, su educación, su vida de relación, su vida en el trabajo, su vida político social, y su vida carcelaria anterior. El Examen Psicológico comprende el examen de la inteligencia, la actividad, la voluntad, la síntesis psicológica y la diatesis psicopática. Es en el campo de la actividad psíquica donde Loudet ubica los sentimientos morales, junto con los sentimientos sexuales, los sentimientos religiosos, la emotividad, la afectividad y las pasiones. El ítem diatesis psicopática investiga elementos de constitución paranoica, mitomaníaca, ciclotímica, esquizoide o hiperemotiva, indicando la integración de criterios psiquiátricos en la descripción del delincuente. El examen psíquico en la sección Alienación Mental, anuncia la progresiva inclusión de nuevos referentes en las concepciones psiquiátricas. Ya no se trata de fallas congénitas sino de trastornos, tal como se los describe en la psiquiatría alemana. (Bleuler E. 1924) Propone describir al enfermo desde el punto de vista de los trastornos de conciencia, percepción, atención, memoria, asociación de ideas, juicio, afectividad, lenguaje y actividad voluntaria. En cuanto a la sección Índice

de Peligrosidad, de obvia implicancia judicial, destacamos la importancia otorgada al arrepentimiento o remordimiento, como indicador de menor peligrosidad. Así como también la especificación cada vez más clínica de la peligrosidad criminal como fundamento de la responsabilidad penal. (Molinario A. 1938)

Las Pericias Médicolegales (Loudet O., Ciafardo R.), publicadas 1938 en la Revista de Psiquiatría y Criminología, se refieren al *Índice de peligrosidad de un esquizofrénico.* Se solicitan a partir de que los médicos designados con anterioridad consideraban curado al enfermo y sin ningún índice de peligrosidad. Deben informar sobre su estado mental y, ante todo, acerca de si ha desaparecido su peligrosidad. Los autores refieren que los antecedentes hereditarios y familiares carecen de importancia. Entre los personales, mencionan abulia, irritabilidad, interrupción durante meses de su actividad. Destacan una internación en la Clínica de los Doctores Nerio Rojas y José Belbey, que formularon el diagnóstico de demencia precoz hebefreno – catatónica, con ideas delirantes no sistematizadas interpretativas de persecución. Describen que el crimen cometido por el sujeto, lleva el sello de su estado de alienación.

Cuando desarrollan los resultados del Examen Directo, los autores señalan que, desde el punto de vista de la esfera intelectual, *es difícil mantener su psiquismo en contacto con su interlocutor, debido a que es constantemente invadido por estímulos ajenos al control de su voluntad.* Esta descripción permite apreciar otra valoración del sujeto en la indagación médica, e indica el pasaje de la observación clínica de la tradición psiquiátrica francesa a la comprensión del fenómeno clínico, propio de la psiquiatría alemana. En cuanto a la esfera afectiva, los autores dicen, que este sujeto carece de emociones y que su conversación se desliza monocorde y apagada. Transcriben los dichos del enfermo: "*Yo la maté jugando; qué se va a hacer; qué quiere que haga en este hospital; aquí se está bien pero quiero salir para trabajar, ahorrar unos pesos y si se puede salir a recorrer el mundo y divertirme. Estando solo se va donde se quiere".* La entrada de la palabra del enfermo en la documentación pericial, comprueba que los autores consideran que el síntoma puede ubicarse no sólo en lo que se observa, sino también en lo que se escucha.

El diagnóstico concluye que el enfermo padece alienación mental porque presenta perturbaciones de todas las funciones mentales y que el examen clínico directo pone en evidencia el síndrome demencial, con trastornos en la esfera afectiva, que permiten

concluir que se halla afectado de demencia precoz. En cuanto al índice de peligrosidad, el informe menciona en primer lugar, que todo inadaptado de origen patológico es un antisocial en potencia. En el caso de la demencia precoz, el delito tiene una fisonomía característica: es explosivo, nada hace prever el estallido antisocial. En medio de la mayor calma se produce el acto delictivo, impulsivo, ciego. La demencia precoz hebefreno – catatónica suele ser la más peligrosa. En su etapa larvada o inical, llamada también del período médicolegal, puede presentar gran número de reacciones antisociales. Un demente precoz en remisión puede adaptarse durante un tiempo a su vida familiar, pero su peligrosidad esta siempre latente. Un demente precoz avanzado es inocuo. Los autores introducen aquí una graduación en el fenómeno patológico, según la cual se deducen tratamientos diferentes. Consideran que en el caso en cuestión, se trata de una esquizofrenia constituida, en pleno proceso evolutivo, y recomiendan por lo tanto, el internado de seguridad y asistencia, hasta tanto haya desaparecido toda su peligrosidad para si mismo y para los demás.

Estas observaciones se corresponden con los nuevos estudios en clínica psiquiátrica, especialmente la distinción de la esquizofrenia dentro del campo de las parafrenias, que introduce Bleuler. En nuestro país estos estudios han sido desarrollados por Carlos Pereyra. En el libro Esquizofrenia (Pereyra C., 1943) publicado unos años mas tarde, sostiene que en la esquizofrenia el contacto con el interlocutor se realiza de mala gana. El esquizofrénico sabe con frecuencia todo lo relativo a su persona y al lugar en que se halla. La confusión mental está sustituida por la irritabilidad. Las impulsiones pueden tener lugar en cualquier momento una vez establecido el cuadro psicótico. En plena actividad delirante la agresión a un familiar o a determinada persona vinculada al delirio, es siempre imprevisible, carece de preparación y se desenvuelve en circunstancias adversas a su total realización.

Algunas conclusiones

La construcción del criterio clínico criminológico surge en Ingenieros porque se les atribuye al loco y al delincuente, una etiología común: congénita, hereditaria y degenerativa. La asociación entre formas de delito y patología del delincuente, no solo conduce a la clasificación de los delincuentes, también intensifica el estudio de la alienación mental. La figura del alienado delincuente

(Fernández H. 1933) es contemporánea al desplazamiento de los criterios de inadaptabilidad social o de temibilidad individual, por los de la peligrosidad hacia si mismo o hacia los demás. Con la llegada de Loudet se produce la preeminencia del discurso psiquiátrico sobre el criminológico, ya que se propone investigar la naturaleza de aquel que comete delito, para poder interpretar el delito mismo. En el camino que inicia *la historia de clínica criminológica* (1932) y cuyos efectos se aprecian en las *Pericias Médicolegales* (1938), el cambio en la valoración de la subjetividad se registra en el pasaje de la observación clínica de la tradición psiquiátrica francesa a la comprensión del fenómeno clínico que introduce la psiquiatría alemana. La dimensión psicológica surge cuando el síntoma puede ubicarse no sólo en lo que se observa, sino también en lo que se escucha. Al admitir una graduación en el fenómeno patológico se vuelve posible la adecuación de los tratamientos al caso. Los trabajos de Pereyra confirman que con Loudet se inicia en Argentina un giro en la concepción de la subjetividad en el discurso psiquiátrico.

Bibliografía

Fuentes

Bleuler, E (1908) Demencia Precoz, El Grupo de las Esquizofrenias, Ed Hormé/Piados, Buenos Aires, 1960

Bosch, G Mó A (1915)*Un caso de locura moral* en La Prensa Médica Argentina, Nº 16, septiembre de 1915, Buenos Aires

Fernández H. (1933) *Alienación Mental y Delincuencia*, Universidad Nacional del Litoral, Instituto Social, Santa Fé

Ingenieros J (1908) *Simulación de la locura*, en Argentina Médica, Año VI, Nº 38, septiembre de 1908, Buenos Aires

Loudet O. (1932), *Historia de Clínica Criminológica*, Penitenciaria Nacional de Buenos Aires, Instituto de Criminología, en Anales del Instituto de Psicología de la Facultad de Filosofía Y Letras, UBA, 1935

Loudet, O. y Ciafardo, R Pericias Médicolegales *"Sobre el índice de peligrosidad de un esquizofrénico".* Revista de Psiquiatría y Criminología, Año III, Nº 13, enero – febrero 1938

Loudet O. (1937) *La confesión y el remordimiento en los condenados* Talleres Gráficos del Penitenciaría Nacional, Buenos Aires

Molinario A. (1938) La peligrosidad criminal como fundamento y medida de la responsabilidad penal, en Revista de Psiquiatría y Criminología Año III, Nº 17, septiembre – octubre de 1938, Buenos Aires

Pereyra C. (1943) *Esquizofrenia, Demencia Precoz,* Buenos Aires, Ed. El Ateneo, Buenos Aires

Referencias

Narvaja de Arnoux, E (2006) *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo,* Santiago Argos Editor, Buenos Aires

Palonien, K (1998), "Quentin Skinner's rethoric of conceptual change", en *History of human Sciences*, Vol.10, n°2, pp.61-80, London, Sage Publications.

Kirsch U, Rojas Breu G (2007) *Revista de Psiquiatría y Criminología – Revista Acta. Presencia del discurso psicológico*. Continuidades y discontinuidades XIV *Jornadas de Investigación en Psicología Tercer Encuentro del MERCOSUR*

Kirsch U (2005) Presencia del discurso psicológico en la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal (1928 – 1935) y en la Revista de Psiquiatría y Criminología (1936 – 1943) XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, UBA Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR

Kirsch, U. (2003): Biotipología y Subjetividad en la Argentina de los años 30, en Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 2004,50(1), pg 67 - 75, Buenos Aires

PAUTAS DIAGNÓSTICAS Y CRITERIOS DE TRATAMIENTO EN LOS INFORMES MÉDICO FORENSES (HOSPITAL MELCHOR ROMERO, LA PLATA, 1902)[21]

Falcone, Rosa

Resumen

El relevamiento de un conjunto de protocolos clínicos (fichas, cuadernos, boletines, historias clínicas, etc.) conforma un corpus significativo de documentos, que permite su sistematización de acuerdo a contenido y anclaje institucional (cárceles, asilos, etc.). Sobre sus contenidos es posible aplicar el análisis intradiscursivo e interdiscursivo según contextos políticos y áreas profesionales. Acorde con estos objetivos metodológicos generales de la investigación en curso, se ha relevado un género particular de protocolos, **no seriables,** reunidos bajo el título de *Informes médico forenses.* Comprenden informes enviados al Juez desde el Hospital Melchor Romero de La Plata, publicados en 1902, por el mismo Director del nosocomio, el médico y filósofo Alejandro Korn. Esta categoría especial de protocolos, que presentan en su género discursivo particular la doble vertiente médico - legal, y que obedecen al modo de abordaje de una institución asilar emblemática en Argentina, será motivo de análisis en el presente artículo.

Palabras Clave

Protocolos – Diagnósticos – Locura – Crimen

Title: DIAGNOSTIC PATTERNS AND TREATMENT CRITERIA IN FORENSIC MEDICAL REPORTS (MELCHOR ROMERO HOSPITAL, LA PLATA, 1902).

Abstract

---

[21] (2009). Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 16(3), pp.403-406.

The survey of a set of clinical protocols (cards, notepads, bulletins, clinical histories, etc.) constitutes a significant corpus of documents that can be systematically arranged on the basis of its contents and institutional background (jails and asylums). The contents can be reviewed by mean of intradiscursive and interdiscursive analysis according to political contexts and professional areas. Within the framework of these methodological objectives, a specific type of **non-seriable** protocols under the title of *Forensic Medical Reports* has been reviewed. They consist of reports sent to the Judge from Melchor Romero Hospital in La Plata and published in 1902 by the Alejandro Korn, the Director of the hospital. This paper analyzes this special category of protocols, whose discursive gender presents the medical and legal standpoint and reflects the approach of an emblematic asylum of Argentina.

Keywords

Protocols – Diagnoses – Insanity - Crime

Introducción

El 20 de octubre de 1883, se dispone la construcción en La Plata de un Hospital para hombres y mujeres, emplazado en tierras fiscales, ubicadas a 10 km. de la naciente ciudad. Se había previsto que el Hospital tuviera un extenso terreno para llevar a cabo la explotación agrícola. Contaba además con un área para enfermos generales y otra para pacientes divididos en “dementes tranquilos”, “agitados” y “mujeres”, con una capacidad total de 200 camas y flexibilidad para aumentar su número con otras construcciones.

En 1884, se le da a este Hospital el nombre de Melchor Romero (Dec. 1184), por la estación de Ferrocarril ubicada a 500 mts. de allí, y se lo destina a hombres, mujeres o niños atacados de enfermedades comunes o demencia. En su primer año de vida, el establecimiento a cargo de Dr. Julián Aguilar, alojaba 259 enfermos de los cuales 30 eran alienados procedentes del Hospicio de las Mercedes[4]. Una lista manuscrita se halla hoy en el hospital de los primeros 14 pacientes que fueron trasladados al momento de su inauguración (3 de mayo de 1884), donde consta nombre y apellido, fecha de traslado, diagnóstico y procedencia del paciente. Se pueden leer diagnósticos

como delirio de las persecuciones, nomomanía religiosa, demencia crónica y un diagnóstico de alcoholismo agudo.

En noviembre de 1897, el Gobernador de la Provincia Guillermo Udaondo confía la dirección del Hospital al médico Alejandro Korn, quién ejerce su cargo hasta julio de 1916[5]. La gestión de Korn al frente del Hospital quedará en la historia como verdaderamente transformadora[6]. De sus setenta y seis años de vida, unos treinta y tres los dedico al ejercicio de la profesión médica y de estos, veinte han sido dedicados a la actividad de la Psiquiatría. En 1916, abandona esta actividad para dedicarse a escribir su vasta obra filosófica recopilada por sus discípulos en la Editorial Claridad. Fuera de su Tesis Doctoral *Locura y Crimen* (1883)[7] muy pocos son sus escritos psiquiátricos. Escasos documentos han quedado de su paso por el Hospital: una serie de informes dispersos en los Archivos y un pequeño libro titulado *Informes Médicos Forenses,* publicado en 1902. Estos informes si bien son una escasa producción que no llega a representar cabalmente la actividad de Korn en el Hospicio, sin embargo, tienen el valor documental de constituirse en el testimonio de su labor psiquiátrica.

En el marco de la investigación en curso que releva documentos clínicos[8] resulta interesante analizar los Informes porque ilustran el criterio de discernimiento de los casos que lo constituyen en verdaderas monografías científicas. Korn considera que "es más bien en el estudio clínico y en la apreciación racional del conjunto sintomático donde debe inspirarse el alienista" (Korn, *Informes*, p.3)[9]. En efecto, se trata de descripciones minuciosas y acabadas del conjunto de la sintomatología del paciente, que constituyen aún hoy verdaderos modelos de descripción semiológica. Revelan no sólo la agudeza e inteligencia de su saber médico, sino también un profundo conocimiento filosófico, al que Korn se vuelca en los últimos años de su vida.

Breve análisis de los *Informes Médico Forenses* (1902).

El propósito de los Informes era informar a las autoridades sobre la evolución de los pacientes internados a medida que le eran solicitados. Korn mismo los elaboraba y firmaba. Se han conservado en el Museo del Hospital gracias a la Donación Gellini. Domina en ellos la descripción clínica en las que se debate sobre diagnósticos y pronósticos de verdadera avanzada para la época. Korn dice que, si bien este tipo de

informes son en su mayoría sencillos y no ofrecen sino escaso interés, en cambio, los que decide publicar representan una mayor labor médica y un legado clínico para generaciones futuras. Dice así "los informes reunidos a continuación no son disquisiciones teóricas (…) sino el dictamen al cual en ciencia y conciencia he arribado en los casos sometidos a mi criterio" (*Informes*, p.9).

La lectura de los informes revela las mismas preocupaciones que expresara Korn en su Tesis *Locura y Crimen,* sobre una gama de problemas generados en el contacto entre los procedimientos penales y la clínica psiquiátrica. Recordamos de su Tesis, presentada para la Cátedra de Medicina Legal, la exploración de las relaciones entre la locura y la delincuencia con el aporte de casos clínicos que ejercieron importante influencia en la legislación penal.

Korn realiza dicho trabajo como practicante en la Penitenciaria, con funciones de auxiliar del Juez para intervenir, a través del conocimiento psiquiátrico, en la determinación del grado de responsabilidad que le cabe al autor de un crimen. Se propone establecer la relación entre las enfermedades mentales y la naturaleza general del crimen, posición que había sido anticipada cuando escribe la reseña al libro de Samuel Gache, tres años antes, *La locura en Buenos Aires.*

Sostiene que no es posible dictar la absolución del procesado por el mero hecho de mediar locura. El "delincuente loco" no es menos peligroso que el "delincuente cuerdo". Sorprende la afirmación ya que no era el abordaje frecuente entre los médicos contemporáneos de Korn. Un ejemplo lo constituye la teoría de la "Defensa Social", sostenida por José Ingenieros al momento de ocupar el cargo de Médico de Policía, en 1904. Las constantes referencias de Ingenieros a la Escuela Italiana (Lombroso, Ferri), son absolutamente escasas en Korn, aún cuando eran por él bien conocidas. La Escuela Italiana proponía demostrar el estado de enajenación del delincuente o criminal y deducir de ahí su irresponsabilidad y absolución. Al contrario Korn intenta demostrar que no todo criminal es loco, aún cuando se excuse de emplear la palabra responsabilidad, por sus connotaciones metafísicas ligadas "(…) al libre albedrío ajeno a las cuestiones concretas que se dilucidan" (Korn, 1902, p.7).

El afán por deslindar las funciones del "médico del manicomio" y el médico legista, recorre su Tesis Psiquiátrica y reaparece en los *Informes médico forenses.* En uno de los casos presentados, al dirigirse al Juez, Korn expresa:

"En cuanto a que esta libertad representa un peligro para la seguridad pública, me permito observar al señor Jefe de Policía, que no es el Director de este hospital, quién está encargado de velar por ella. Puedo creer y creo efectivamente que la libertad de una criminal como A.C., constituye una seria amenaza, pero no estoy habilitado en virtud de esa opinión a secuestrarla, sino media orden de autoridad competente. Voy a proceder desde luego a la entrega de A.C., responsabilizándome del diagnóstico formulado en este Hospital, pero no de las consecuencias que su libertad puede tener para la seguridad pública, pues en materia de responsabilidades no considero justo que V.S. me atribuya más de las que me corresponden y que no intento eludir" (Korn, 1902, p.35).

Las atribuciones del médico forense se circunscriben para Korn en ser un colaborador conciente de la justicia humana y a comprobar en el examinado la posibilidad de resistir a sus impulsos agresivos. La mera existencia de una tara hereditaria, de perversiones sexuales, de inclinación al juego y al alcoholismo, no constituyen aún un caso de enajenación mental. El individuo con estos signos de degeneración será un candidato **"probable"** al manicomio o a la cárcel. Del mismo modo, que no se es tuberculoso *a priori* por una contextura endeble y tórax estrecho, no se es loco hasta tanto no se desarrolle un proceso patológico que pervierta sus funciones intelectuales, y no se es un criminal hasta que no cometa algún delito calificado por el Código (*Informes*, p.11).

Algunos casos, diagnósticos y pronósticos.

El **primer caso** que queremos mostrar lleva por título Homicidio, sin embargo, su desarrollo no obedece estrictamente a la estructura de los protocolos médicos legales de la época. Más bien muestra la apariencia de un *relato de caso* de la literatura psicoanalítica por carecer del orden clasificatorio y seriable de la mayoría de los documentos clínicos psiquiátricos del momento. Korn presenta el caso como un resumen de los datos suministrados por la observación directa, a los que agrega eventualmente los que se desprenden de los antecedentes remitidos por el Jefe de Policía. Algunos informes también se enriquecen con antecedentes aportados por testigos de los hechos que se imputan. Se trata, al igual que en los casos descriptos en su Tesis, de contestar al requerimiento del Juez sobre si el paciente acusado de homicidio sufre de enajenación mental al momento del hecho delictivo. Comienza con

la descripción del aspecto del paciente: escaso desarrollo físico, de constitución endeble, con un defecto notable en la extremidad inferior derecha, el cráneo es pequeño, toca los lindes de la microcefalia. Sabe firmar, conoce los números. Su actitud de día es retraída y ensimismada. Permanece durante horas en su sitio, en silencio, ajeno a cuanto lo rodea, sin manifestar interés por nada. De noche suele estar agitado, con insomnio, quejoso de sus compañeros de sala. Refiere su crimen con sencillez y sin demostrar el más mínimo arrepentimiento. Al contrario afirma haber procedido con justa razón, puesto que su víctima se burlaba de él, le causaba daño y lo perseguía. Padece sin duda de alucinaciones del oído y posiblemente del olfato. Usa un algodón en el oído para protegerse de las continuas invectivas que escucha. Si bien el caso había recibido un primer diagnóstico médico de enajenación mental y había sido clasificado como maníaco, Korn disiente con el previo diagnóstico y señala que se trata de un caso de delirio de las persecuciones desarrollado sobre la base de un organismo degenerado y de una acentuada pobreza de espíritu. Como síntesis del caso escribe que se encuentra atacado de enajenación mental, que su afección es anterior al delito cometido y que su enfermedad no es eventual ni simulada.

Segundo caso: Titulado "Fraticidio y sospecha de evasión". Los datos aportados, aclara Korn, han sido producto de una larga observación debido a la dificultad excepcional y la falta absoluta de antecedentes. Hombre de aproximadamente treinta años, sin defecto aparente en su conformación anatómica. Solo un examen atento descubre cierta asimetría en la forma de sus orejas. Le faltan los incisivos inferiores. No se observa depresión marcada ni exaltación maníaca. Se mantiene tranquilo, sumiso y disciplinado. Habla a solas continuamente y se masturba. Dos datos llaman la atención su marcha es vacilante y presenta signos de tartamudez. No divaga, habla poco, contesta con viveza pero sin agregar explicaciones. Produce en ocasiones la impresión de un imbécil. No resuelve problemas sencillos de aritmética y presenta numerosas lagunas. Tan sólo se vuelve locuaz en el momento de describir sus alucinaciones que consisten en amenazas proferidas por una voz de niño. Korn refiere sobre el caso que si nos situáramos en el estado intelectual del examinado se pensaría en una locura progresiva sistematizada que probablemente tomará la forma de las persecuciones. Si se acentúa las dificultades de la motilidad se inclinaría hacia una parálisis general

progresiva. Pero en ambos casos faltan elementos de juicio para calificarlo. Agotadas las posibilidades de un diagnóstico claro y terminante surge de una manera forzosa la sospecha de una *simulación*. Convencido de dicho diagnóstico somete a la reclusión del paciente después de haberle dado a entender que conocía su estado. Su tartamudez, sus vacilaciones, su aire imbécil, su falta de memoria habían desparecido y con palabra fluida y en alta voz exponía sus quejas. Arribado al diagnóstico de simulación solicita inmediato traslado del examinado a un lugar de detención.

Tercer Caso. Sin título. Paciente que se halla atacado de enajenación mental bajo la forma de una depresión melancólica muy pronunciada. Su fisonomía ofrece una expresión de estupor, sus pupilas dilatadas, su pulso pequeño, respiración lenta y superficial, se encuentra demacrado y sus fuerzas musculares escasas. Se encierra en un mutismo tenaz y se mantiene en una inacción completa. Padece de insomnio. Habla poco, contesta con monosílabos. Inmigrante italiano no presenta incoherencia o extravío mental, pero sí dificultad para coordinar palabras que expresen su pensamiento y sobretodo para vencer su abatimiento físico y psíquico. Es probable que oculte la existencia de alucinaciones o de conceptos delirantes. Señala Korn no disponer de antecedentes para fijar el tiempo transcurrido desde que se ha iniciado el proceso patológico, aunque deduce que los síntomas actuales seguramente han sido precedidos por un estado prodrómico mas o menos prolongado. Es probable, que su enfermedad se haya desconocido en mucho tiempo o mal interpretado, hasta que un acceso impulsivo, al parecer inexplicable, ha revelado su afección. En efecto, los melancólicos con frecuencia sacuden su opresión apática con un esfuerzo enérgico que se traduce en agresión o violencia, para dar lugar luego a un abatimiento más profundo. Vale la pena transcribir las últimas conclusiones sobre el enfermo: “Estos raptos melancólicos, se resuelven a menudo en actos criminales, que carecen de un propósito objetivo, pues sólo responden a una necesidad psíquica del alienado, que intenta substraerse por una resolución violenta o desesperada a la tensión insoportable de los sentimientos aflictivos que oprimen y angustian el espíritu enfermo del melancólico” (Korn, 102, p. 29).

Consideraciones finales

La trayectoria vital de Korn (1860-1936) coincide con las grandes transformaciones de la Argentina. En el contexto de una sociedad centrada en los ideales de "orden y progreso" que postula el positivismo, los enfermos mentales no aptos para el trabajo pasaran a ser una amenaza al orden social que garantiza el progreso. Dada la ideología predominante los enfermos mentales fueron víctimas de la exclusión y el aislamiento. La figura social del pobre, el mendigo, el alborotador, el vicioso y el loco eran vistas como una amenaza y surge la necesidad de crear instituciones (cárceles, servicios manicomiales, etc.) para albergar a dicho sector de la sociedad que no cumple con el ideal de productividad. Los médicos alienistas se constituyeron en administradores de asilos y agentes del orden y el control social.

El Hospital Melchor Romero entró dentro de aquellas instituciones que formaron parte de las reformas con miras a buscar una solución a la difícil situación de los alienados. Estas reformas planteaban el sistema escocés llamado *Open Door,* que confió en el avance que podría producir en los pacientes el desarrollo de actividades de esparcimiento en espacios abiertos o actividades productivas como granjas, huertas, etc. El propósito era alcanzar la productividad y de ese modo los pacientes dejaban de ser una carga pública y se convertían en colaboradores del dispositivo asilar.

Korn, quién recibe la instrucción primaria en su propia casa, supo tener varios maestros alemanes emigrados; y a la enseñanza corriente se sumaron conocimientos de latín y de francés. En su juventud había trabado relaciones con grupos de escritores y conocía perfectamente las nuevas tendencias literarias del movimiento de la *Generación del ochenta.* Le eran familiares pensadores alemanes que podía leer en el original como Kant y Schopenhauer y sus preferencias se concentraban en aquéllos que podían aportar matices idealistas y espiritualistas. Dio a conocer a Dilthey, quién gracias a él fue uno de los pensadores que mayor influencia ha ejercido en Argentina. Con esta síntesis biográfica queremos indicar que nuestro pensador expresa muy tempranamente inquietudes diferentes a la generalidad de la época. Es notable su prematura inclinación hacia la filosofía, si bien ésta no se constituyó en su ocupación de tiempo completo hasta que en 1916 se aleja de su actividad médica.

Su tesis Doctoral *Locura y Crimen* ofrece el primer trabajo de envergadura donde incorpora tempranamente elementos filosóficos de su obra posterior. Así comienza un

proceso que anticipa la prevalencia de los intereses espiritualistas plasmados en su producción madura y que recorrerán los años que van de 1918 hasta su muerte en 1936.

El análisis de los documentos clínicos presentados ha permitido establecer que, más allá de la preocupación nosográfica, el autor muestra la originalidad del abordaje individual del enfermo y es sólo a partir de este estudio que se arribará a las conclusiones de los casos que se le presentan. El estilo de estos *Informes* permite encuadrarlos en la utilización del caso clínico (del tipo de los historiales) que tienen una función ilustradora o de apoyo a elaboraciones teóricas. En estos estudios sobre la enajenación mental, al decir de Korn, se confunden el psicólogo y el médico y tienen igual interés la ciencia y la ley.

Bibliografía

Falcone, R. (2006) *Revisión del Positivismo: locura, delito y moral (1880-1930)*, Tesis Doctoral, Biblioteca Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Korn, A. (1883) *Locura y Crimen*, Tesis de grado de Doctor en Medicina, Bs. As. Imprenta de la Nación, Archivo de la Facultad de Medicina, U.B.A. Buenos Aires.

Korn, A. (1902), *Informes Médico forenses*, Donación Gellini, 71543, La Plata.

Korn, A. (1927) *Cartas*, Tercera Parte Carta a Alberto Rougés, La Plata, enero de 1927, pp.309-331, en *Obras Completas*, Colección Claridad, Bs.As., primera Edic. 1949, Vol.III, 1940.

Torchia Estrada, Juan C. (1976) "Locura y Crimen (1883): Tesis de grado de Alejandro Korn", *Revista Interamericana de Bibliografía,* Washington XXVI, 3, julio set., pp.282-314 y en Alejandro Korn: la primera profesión en la *Revista de la Universidad*, La Plata, 26, 1979-1980, pp.73-94.

Torchia Estrada, Juan Carlos (1938) *El joven Korn*. La Plata, Edic. Claridad.

Torchia Estrada, J.C., (1963) *Bibliografía sobre la vida y obra de Alejandro Korn,* en A.

Korn (1930), "La libertad creadora", Buenos Aires, Claridad.

'Los primeros 100 años del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn (1884-1984)" Opúsculo. Recopilación Dr. Oscar L. Pesino, Facultad de Humanidades, U.N.L.P.

Notas

1) El primer Director Aguilar, viajaba desde la Capital Federal uno o dos veces por semana. El Dr. Francisco del Carril, que a la renuncia de Aguilar fue el segundo director del Hospital desde 1888 hasta 1894, residió en el Hospital como médico de planta.

2) Luego de más de 50 años el esfuerzo de Alejandro Korn en ese Hospicio recibió el merecido reconocimiento cuando el 9 de marzo de 1973, el entonces Ministerio de Bienestar Social de la Provincia (por Res.546) propone el nombre de Alejandro Korn al Hospital Interzonal, como merecido reconocimiento *post morten* a la actividad desarrollada en ese extenso periodo de casi 20 años.

3) Korn fue el primer Director que habita en el Hospital junto a sus enfermos. Dato que no deja de ser importante toda vez que se adjudicaba la falta de mejoría de los pacientes a la ausencia de médicos en los hospicios. Su vivienda corresponde al edificio que en la actualidad ocupa la Dirección y que conserva aún hoy algunas de sus pertenencias. Resulta interesante una anécdota relatada por Martín Sempe en la tertulia del Jockey Club. Alejandro Korn bromeaba haciendo alusión a su larga trayectoria en el hospital de la siguiente manera: "(…) en 1897, el Dr. G.Udaondo, médico y condiscípulo, me llamó y me dijo: a ver, compañero Korn, me dicen que los alienados del Melchor Romero andan dando trabajo. Vaya usted a ver qué es lo que están haciendo y me comunica. Fui a ver que hacían los locos y no me dejaron salir durante 20 años hasta que renuncié. Ningún gobierno me aceptaba la renuncia y tuve que vivir con los locos 20 años" (en "Algo para recordar. Desde 1882 hasta 1969" del Dr. Martín M.Sempe publicado en La Plata, 1969, en documentación hallada en Archivo Histórico "Dr.Ricardo Lebene", La Plata).

4) Muy pocos de nuestros autores se han ocupado de la obra de alienista A. Korn a diferencia del vasto relevamiento que han realizado sus discípulos de su trayectoria filosófica e intelectual. Encontramos referencias de su actividad hospitalaria en Roberto Ciafardo "Alejandro Korn, alienista eminente", *Revista de la Universidad de La Plata*, 1962, p.177 y ss.; la breve referencia a éste mismo estudio que realiza Osvaldo Loudet (*Historia de la Psiquiatría Argentina*, 1971); y la *Breve reseña histórica* ya citada, en homenaje a los 100 años del Hospital, recopilada por O. Pessino.

5) "Psicología en Argentina (1900-1957): criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación: historias clínicas, fichas, informes, según contextos políticos y áreas profesionales", Código P046. Dirección Lucía A. Rossi.

6) El primer *Informe,* fechado en 1897 y dirigido al Ministro del Interior, es un interesantísimo testimonio sobre las condiciones del Hospital del que acababa de hacerse cargo Korn. De acuerdo a su propia impresión el médico argentino escribe: "aquello no es hospital, hospicio, manicomio, ni colonia.

Es sencillamente un depósito de locos de ambos sexos, donde no se lleva tratamiento alguno, no puede seguirse una medicación dada o apropiada. Allí no hay clasificaciones patológicas, no existen separados sino los sexos. La manía parcial, el delirio, la melancolía, todo se confunde y se junta en un solo patio, haciendo imposible todo tratamiento y toda esperanza de mejoría (...) aquí se recogen los locos pero no se curan" (Informes, Korn, 1897).

Sección V. Psiquiatría y Psicología

EL TESTIMONIO MENTAL. HISTORIAS CLÍNICAS DE LA COLONIA NACIONAL DE ALIENADOS OPEN DOOR (1905-1920). CRITERIOS PSICOLÓGICOS E INDICIOS DE SUBJETIVIDAD EN REGISTROS FORMALES DE DOCUMENTACIÓN[22]

Falcone Rosa

Resumen

En este trabajo se expondrán los resultados obtenidos de la revisión de documentación clínica, protocolos y fichas conservadas en archivos de instituciones manicomiales. Las mismas presentan una variedad de diseños formales en los que es posible acceder al estudio de la dimensión psicológica del sujeto. La aplicación de la metodología de análisis formal de intradiscurso, que permite reconocer secuencias genealógicas, y la comparación interdiscursiva, que permite delimitar los diversos géneros (historias clínicas, fichas psicofisiológicas, biotipológicas, etc.) convierte a estos documentos en un *corpus* relevante a ser investigado.

Los protocolos conservados en archivos institucionales se consideran instancias de construcción discursiva que dan cuenta de la elaboración de saberes legitimados en una institución. La historia clínica como documento de la praxis médica, psiquiátrica y psicológica permite estudiar las ideas que subyacen sobre diagnóstico, clínica y terapéutica de la enfermedad mental; considerar enfoques médicos; visualizar tendencias e identificar procedimientos en sus contextos científicos y sociales. Se propone reflexionar sobre el tema tomando en esta oportunidad una fuente histórica particular obtenida de la consulta de una muestra 180 historias clínicas conservadas en la Colonia Nacional de Alienados Open Door, de la localidad de Luján, correspondientes al período 1900 a 1920.

Palabras clave

Historia de la psicología –criterios psicológicos –subjetividad –historias clínicas.

---

[22] 2009. *Revista del Instituto de Investigaciones,* Facultad de Psicología, U.B.A., 2009, 14, I, pp.65-76, ISSN.0329-5**893.** Revista "Investigaciones en Psicología

The Mental Testimony. Clinical Histories of the Colonia Nacional de Alienados Open Door (1905-1920).

Psychological criteria and subjectivity traces in formal records.

By Rosa Falcone

Abstract

This paper presents the results of the review of clinical documents , protocols and cards maintained in the archives of mental institutions. This material has a wide range of formal layouts that enable the study of the psychological dimension of the subject. The application of intra-discourse formal analysis makes it possible to understand genealogical sequences, whilst the interdiscursive comparison facilitates the delimitation of genders (clinical histories**,** psycho-physiological cards, bio-typological cards, etc.).

The protocols kept in institutional archives are regarded as instances of discursive construction that account for the construction of legitimated knowledge in an institution. The clinical history as a document of medical, psychiatric, and psychological practice facilitates the study of the ideas underlying diagnoses and therapeutics in mental disorders and the understanding of medical approaches and scientific contexts.

This paper focuses on a sample of 180 clinical histories of the Colonia Nacional de Alienados Open Door of the city of Lujan corresponding to the period 1900-1920.

Keywords

History of Psychology - psychological criteria – subjectivity – clinical histories

INTRODUCCIÓN

Laín Entralgo, en su libro *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico* de 1950, identifica varios modelos de Historias Clínicas en el tiempo. Aún cuando su estudio se refiere a las historias clínicas médicas es posible deducir que los historiales psiquiátricos han surgido como una derivación de aquéllas. Por sus interesantes descripciones haremos a continuación una breve referencia a estos distintos modelos:

1. Los Tratados Hipocráticos

Los libros I y III de las *Epidemias* dentro de los *Tratados* Hipocráticos son las primeras historias clínicas de las que se tiene noticia. Se ha considerado un modelo a seguir por la brillante y detallada localización de los síntomas en el cuerpo. Laín Entralgo, quién ha estudiado con detalle estos primeros registros, considera que en el *Corpus Hipocraticum* es donde mejor se ve la mentalidad localizadora de la enfermedad (Laín Entralgo, P., 1987).

Los ítems fundamentales son: a) la descripción detallada de los síntomas a través de los sentidos: vista, gusto, tacto, oído, olfato, etc.; b) la ordenación de los síntomas; y c) la observación clínica articulada con el medio ambiente.

Comparando con las historias clínicas actuales podríamos decir que no hay alusiones a los antecedentes de la enfermedad, no se consignan diferencias entre síntomas objetivos y subjetivos, pocas alusiones a la terapéutica y no se observan tipificaciones nosológicas.

2. Los *Consillia medievales*

Son comprendidos dentro de las llamadas "Historias clínicas doctrinales". No producen ningún avance en los conocimientos científicos del momento, pero permiten analizar la doctrina galénica en su sentido más puro[1].

Comprenden cuatro partes:

- Título: entidad nosológica
- Primera sección: se transcribían los síntomas observados por el médico
y ordenados conceptualmente.
- Segunda Sección: discusión sobre la etiología, patogenia y tratamiento.

- Fórmula final: de tipo religioso.

3. *La Observatio*. Historia clínica renacentista.

Durante el siglo XVI, junto con las primeras disecciones de cuerpos, se comienza a hablar de órganos o formas anormales y alteradas. Antonio Beniveini (1443?-1502), quién habría escrito *De Abditis nomulis et mirandis morborum sanatiomum causis* ("Sobre algunas sorprendentes causas de enfermedad y curación") compone un libro, en 1502, que recoge casos de su propia experiencia (citado por Laín Entralgo, op.cit., 1986, p. 321). Describe lo que encuentra en el cadáver por lo que podría decirse que crea el primer protocolo de autopsia vinculado a la historia clínica. Estas experiencias

permiten definir un nuevo modelo de historias hacia mediados del siglo XVI: la *Observatio.* Este nuevo modelo aporta, por un lado, la ordenación cronológica de los síntomas (descripción); y por otro lado, las lesiones encontradas en el cadáver al practicar la autopsia.

4. Historia clínica Sydenhamiana

En el transcurso del Siglo XVII hay autores que intercambian colecciones de casos clínicos que contenían apéndices anátomo patológicos. Uno de dichos autores, Theófilo Bonet (1620-1689), recopila la bibliografía que cae en sus manos y en 1679 lo publica con el nombre de *Sepulchretum,* en el que recoge más de tres mil historias clínicas con protocolos de autopsia (citado por Laín Entralgo, 1986, p.321).

En este período, que produce la ruptura con la tradición galénica para dar paso a la revolución científica, surge una nueva nosografía y una nosotaxia (*More Botánica*). Los principales aportes fueron de Thomas Sydenham (1624-1689), quién correlaciona, como reacción al galenismo vigente, los casos individuales con los casos típicos de determinada "especie morbosa"[2]. El método consiste em la descripción de las enfermedades, tal como haría un botánico con las plantas, procurando prestar atención a aquellos signos por los que cada especie se distingue de las demás. Así los médicos se dedicaron a clasificar las enfermedades según géneros, familias, órdenes y clases. No dan explicaciones ni aluden a la historia de la enfermedad. La descripción es de síntomas y el curso de la enfermedad tendrá un tempo propio de la "especie morbosa" a la que pertenece el caso. Esta etapa es definida por Laín Entralgo como la del "Empirismo Clínico".

5. Diseño Boerhaave (Siglo XVIII).

Tomando como fundamento los aportes de Sydenham, el médico Hermann Boerhaave (1668-1738), construye un modelo de Historia Clínica que se conserva hasta hoy en sus conceptos más importantes. Este modelo refleja los avances de la medicina del momento, que por ese entonces explica la enfermedad por las lesiones. En el tránsito entre el s.XVII al XVIII se relaciona la lesión anatomopatológica con la enfermedad y comienza a prevalecer el diagnóstico *post mortem* surgido del interés por descubrir la causa de la muerte. La lesión se convierte en la clave del diagnóstico de la mano de Hermann Boerhaave y Giovanni María Lancisi. Este último, médico del Papa Inocencio XI, después de un período de muertes súbitas, encarga el diagnóstico *post mortem* con

el fin de dilucidar esas muertes (pues se especulaba que la causa fuera el envenenamiento). A partir de entonces se realizan cientos de informes anatomo-patológicos. Esta metodología pone en evidencia el paulatino alejamiento del "Empirismo clínico" y la incorporación de la anatomía patológica. La Historia clínica Boerhaaviana establece tres tiempos en el examen de los enfermos: inspección, anamnesis y exploración objetiva, la cuál trata de averiguar el estado morfológico y funcional de las distintas partes del organismo.

6. Historia clínica del Siglo XIX.

Sin definirla con precisión Laín describe sus características en relación a cada una de las mentalidades médicas que caracterizan el S. XIX, y que resumen los hallazgos médicos hasta ese momento.

6.1. Historia anátomo clínica.

Esta mentalidad enunciada en sus primeros lineamientos por Francois Xavier Bichat (1771-1802) y desarrollada luego por Boyle y Laennec comprende la clasificación de las enfermedades por las lesiones que se encuentran y no por la descripción de sus síntomas (Laín Entralgo, 1986, p.358-363). Si bien este criterio había imperado hasta ahora la verdadera conquista de este terreno no se logra hasta el s. XIX.

Las figuras de Morgagni (1682-1771) y de Pinel (1745-1826) suelen ser vistas como dos claros precursores de esta escuela que conjuga dos especies epistémicas: la anatomía y la clínica hasta entonces totalmente separadas. Sin embargo, no es sino Bichat, quien en 1801, hizo explícitos los postulados básicos del programa anatomo clínico[3]. La importancia de Morgagni reside en el alto número de Historias Clínicas con informe de autopsia y comentario epicrítico (cerca de 500 en total) realizadas a lo largo de su vida.

El programa anatomo clínico trabaja en la localización de los síntomas que hablen de las lesiones. El diagnóstico se basa en la exploración sensorial – sobre todo el oído y la percusión, y es así como se inventa el estetoscopio. El signo físico será el elemento fundamental del estado actual del paciente y el curso de la enfermedad. Pinel, habitualmente recordado como el padre de la Psiquiatría, es el eslabón que engarzará la medicina ilustrada del s. XVIII con la tradición anatomoclínica iniciada por su discípulo Bichat.

6.2. Historia clínica fisiopatológica y etiológica

Esta nueva mentalidad médica descubre la importancia del análisis de orina y los primeros estudios de laboratorio en su relación con las lesiones anatomopatológicas. Paul Broca (1824-1880) busca signos físicos de las enfermedades neurológicas. El enfermo que no podía articular las palabras es estudiado *post mortem* para descubrir la lesión de la tercera circunvalación frontal izquierda. Del mismo modo Charcot (1825-1893) buscaba en la Salpetriére lesiones cerebrales en enfermas de histeria. Había lesiones pero comienzan las polémicas sobre el origen de las mismas. Para algunos hay alteración de la función que es la que da origen a la lesión. Posición de los fisiólogos en franca discusión con los anatomopatólogos. A partir de allí se diferencian claramente dos líneas en las Historias Clínicas: a) Historia fisiopatológica donde aparecen signos fisiológicos que indicaban el trastorno funcional (por ejemplo, la temperatura) y el curso de la enfermedad; b) Historia etiológica donde lo más importante era la causa. Abundan en estas historias la relación existente entre los antecedentes familiares o personales con el estado actual de la enfermedad y con el curso de la misma.

HISTORIAS CLÍNICAS DEL *MUSEO OPEN DOOR*

El "*Testimonio Mental*" y las historias clínicas entre 1902 y 1920.

El modelo Boerhaaviano –utilizado con ligeros cambios aún en la actualidad, estableció que el examen de los enfermos debía contar con tres tiempos: inspección, anamnesis y exploración. El primero consigna el sexo del paciente, el biotipo, el estado de la vida, y además los hábitos, costumbres, posición social. La anamnesis recaba antecedentes familiares y personales, el comienzo de la enfermedad y el curso de la misma hasta que el paciente acude al médico. La exploración averigua el estado morfológico y funcional para lo cual se utilizan pruebas complementarias.

El acercamiento realizado con el Museo del Hospital Domingo Cabred, sito en la localidad de Luján, Provincia de Buenos Aires, ha permitido tomar contacto con una cantidad de Historias Clínicas de pacientes atendidos en ese nosocomio entre 1900 y 1920. Las historias conservadas en dicho Museo han posibilitado analizar su estructura y deducir que los datos consignados en dichos documentos clínicos se organizan en líneas generales respetando las tres partes señaladas. Estos documentos bastante bien conservados permiten identificar, habida cuenta del análisis realizado precedentemente, estructuras mixtas compuestas por datos que reproducen, tanto la

tendencia anatomoclínica, como la tradición del empirismo clínico. Las historias clínicas actuales, que pueden observarse en cualquier institución hospitalaria, distinguen, con algunas modificaciones entre ellas, tres partes diferenciadas: la narrativa, la crítica y la reflexiva. La anamnesis y la exploración (del estado físico y mental) junto a las pruebas complementarias forman parte de la primera y en ambas se recaban "*datos objetivos*" (aportados por la familia y el enfermo) y "*datos subjetivos"*. La parte crítica de la historia clínica hace referencia al diagnóstico, al pronóstico y al tratamiento. El curso evolutivo y la epicrisis terminan el documento.

Las historias clínicas de los pacientes atendidos en Open Door consultadas hoy, gracias a su buen estado de conservación, no diferencian en los datos consignados los elementos "subjetivos" de los "objetivos". Sin embargo, revisando buena parte de estos documentos se ha encontrado, contenido en una carilla, un breve cuestionario con el sugerente título de "*Testimonio Mental*"[4]. A nivel descriptivo consiste en un esquema de preguntas entregado a los ingresantes y que el mismo interno de puño y letra debía completar. Los rasgos implícitos del documento ponen de relieve la presencia de un componente subjetivo inusual en fichas clínicas de este tipo y abren el interrogante acerca de su utilización como elemento diagnóstico.

Reproducción de formato de cuestionario entregado a los ingresantes entre 1901 y 1920.

Preguntas:

¿cuál es su nombre y apellido?, ¿qué edad tiene Ud.?, ¿dónde se encuentra Ud.?, ¿qué tiempo hace que Ud. se encuentra aquí?, ¿qué profesión tiene?, ¿porqué ha sido Ud. colocado aquí?, ¿si ud. lo ignora, que suposiciones hace al respecto?, ¿ha sido Ud. ya asistido en algún establecimiento?, ¿qué enfermedad (nerviosa u otra) ha tenido Ud.?, ¿se siente enfermo?, ¿qué trastorno tiene Ud.?, ¿le atormenta a Ud. Algunas ideas?, ¿cuáles son ellas?, ¿siente Ud. ruido, voces o conversaciones en el oído?, ¿ve Ud. luces, animales?, ¿siente Ud. malos olores o mal gusto en los alimentos?, ¿siente Ud. algo como pinchazos o descargas eléctricas?, ¿tiene Ud. deseos de lastimarse o de lastimar a otros?, ¿desde cuando?, ¿en qué clase de establecimiento piensa que Ud. está alojado?, ¿qué proyectos abriga Ud.? . ***Firma. Fecha y hora.***

Esta hoja que el mismo paciente debía completar parece un documento más que interesante en el contexto general de las inspecciones de paciente internados de la época. Si formuláramos la pregunta sobre la importancia que adquiere el elemento subjetivo para la psiquiatría y sobre su posibilidad de documentación, tal como se

presenta en estas historias clínicas, el hallazgo del "testimonio mental" resulta de significativa importancia, y aún más, si se pudiera evaluar su provecho en el diagnóstico y pronóstico del paciente. Rafael Huertas, historiador español, hace en un interesante artículo titulado: "Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos" la siguiente afirmación:

"*Con frecuencia, en los archivos clínicos de los manicomios o de las consultas psiquiátricas, además de las historias clínicas propiamente dichas, se pueden encontrar otros documentos de gran importancia que permiten ensanchar nuestro horizonte hermenéutico al exigir un análisis pluridisciplinar* (…)"

Los testimonios de pacientes que en algunos casos pueden consistir en cartas, dibujos, diarios, etc., que suelen aparecer frecuentemente en los materiales clínicos conservados de otra época, son comparables al "Testimonio Mental", objeto del presente análisis. Dicha comparación es posible teniendo en cuenta que desde el momento en que se requiere al interno el llenado de este protocolo estandarizado de preguntas, deberá suponerse alguna motivación médica sobre el estado subjetivo o mental del paciente, que explique la utilización de un instrumento de exploración introspectiva de estas características. Acudir a la escritura del mismo paciente y a su propio juicio sobre el estado de enfermedad muestra, aunque sea tangencialmente, el interés manifiesto, no sólo por los síntomas objetivos de la enfermedad, que abundan en las historias propiamente dichas, sino por el estado anímico y psicológico de la persona que la padece. Los signos de la enfermedad no recaen en estos casos solamente en la observación objetiva, sino que somos testigos del registro de una experiencia particular de anamnesis, que requiere del testimonio del paciente como producto de su propia reflexión sobre la enfermedad.

Por estas razones creemos que el breve interrogatorio en cuestión tiene su importancia, al momento de medir la incidencia del factor psicológico subjetivo en el registro sistematizado de datos, y a la hora de valorar los cambios implícitos, que indudablemente ha ido incorporando el paradigma psiquiátrico de la época.

Con el propósito de profundizar en estas últimas afirmaciones volvemos a Laín Entralgo, en el punto en que el autor afirma que la gran novedad que se introduce en el tránsito del siglo XIX al XX es "la introducción del sujeto en Medicina" (Laín Entralgo, 1982)[5]. Este cambio se produce desde los aportes de Freud y encuentra continuidad en

el llamado Círculo de Viena y en la Escuela de Heidelberg, cuya figura más representativa fue Víctor von Weizsacker
(1886-1957)[6].

Los indicadores presentes en las historias clínicas permiten diferenciar dos clases de ítems, uno descriptivo y otro intelectivo denominado "reflexión epicrítica" –en el cual el médico consigna una breve explicación de cómo entiende el caso clínico. Este último es un indicador de la presencia de la reflexión comprensiva sobre el paciente, en contraste con los indicadores duros basados en criterios fisiológicos o anatomopatológicos. La aparición de estos criterios psicológicos del médico, en la construcción diagnóstica de los cuadros psicopatológicos, queda asociada por el citado autor a la paulatina incorporación de las conceptualizaciones de la fenomenología psiquiátrica de Karl Jaspers (1883-1969) y al psicoanálisis (Laín, 1950, en Huertas, p.10).

Rafael Huertas señala que la enorme difusión de la obra de Jaspers, ha sido probablemente la causa que ha impedido reconocer, que los factores subjetivos en la valoración de la enfermedad mental, ya estaban presentes en la producción psiquiátrica francesa de la segunda mitad del siglo XIX (Huertas, 2001, p.10)[7]. En efecto, las primeras nosografías psiquiátricas de Pinel y Esquirol, como proyecto médico psicológico inspirado en la Ideología y en las categorías de Condillac, han jugado un papel fundamental en la renovación de la medicina en el tránsito del s. XVIII al XIX. Los primeros alienistas franceses intentaron superar las clasificaciones botánicas y propusieron innovaciones que se estaban produciendo en otros ámbitos de la patología. El modelo botánico (Sauvages, Linné, Sagar y Cullen) había ordenado en familias y había multiplicado al infinito las familias y las especies. Pinel objeta el modelo vigente afirmando que las "distribuciones arbitrarias e incompletas de Sauvages y Cullen mas desvían del objeto que simplifican el trabajo" (Pinel, Ph. *Traité médico philosophique sur l'alienation mentale*, 1801, lra. Edic. citado por Huertas, R.). El alienista francés, confinado a la clínica cotidiana y a la observación, logra superar la descripción de síntomas del "Empirismo Clínico" e incorpora decididamente elementos cercanos a los nuevos paradigmas médicos. Huertas sostiene que la construcción de una patología anatomoclínica surge con fuerza en la obra de Esquirol (1772-1840), quién había practicado autopsias en el Hospital de

la Salpétrie, y concluye que la asunción del método anatomoclínico moduló un tipo de historia clínica, legitimante de un alienismo que quería convertir la alienación en enfermedad mental. Considera que el caso de Charcot, Kraepelin y Freud, a diferencia de Pinel, corresponden a doctrinas psiquiátricas diferentes, que pueden encuadrarse en la utilización del caso clínico (historiales), y que tienen una función ilustradora o de apoyo a elaboraciones teóricas[8].

Más allá del detalle de estas discusiones es evidente que la incidencia del componente subjetivo en la Psiquiatría marca un hito en la consideración de la enfermedad mental, del enfermo mental y del manejo de la terapéutica. Aún cuando Huertas no le asigne una importancia decisiva en el relato patográfico, sin embargo, no deja de señalar que el elemento subjetivo constituye um momento crucial en la evolución y desarrollo de la disciplina psiquiátrica.

CONSIDERACIONES FINALES

La lectura de textos tan ilustrativos que nos preceden en el tratamiento de las historias clínicas, como aporte al campo de la historia de la psiquiatría y la psicología, ratifica la relevancia de dicha fuente clínica. Las historias o fichas criminológicas, si bien no constituyen fuentes teóricas en si mismas, han demostrado su utilidad para reflejar la recepción de los diversos saberes y teorías en el campo específico de las instituciones asilares, con actores médicos singulares y en su praxis clínica particular.

La obra pionera de Laín Entralgo, con la minuciosa descripción de los distintos modelos de historias clínicas, ha contribuido al análisis de las vicisitudes de la ciencia y la práctica médica a lo largo del tiempo y ha facilitado uma proximación al estudio de los contextos científicos más amplios, además del acercamiento al funcionamiento interno de las instituciones asistenciales.

Algunas reflexiones de Rafael Huertas citadas, nos han permitido mostrar proyectos implícitos, cambios o tendencias del movimiento psiquiátrico y delimitar problemáticas que preanuncian direcciones e incluso prácticas que luego se alcanzan a formalizar. De tal manera que las fuentes clínicas permiten identificar en su carácter aplicado y con adecuada metodología ciertos comportamientos institucionales en su política discursiva formalizada y el contexto de una época.

Los comentarios vertidos, a partir de la revisión de las historias clínicas conservadas en la actualidad en el Museo del Hospital Cabred de Luján, y la reflexión que ha merecido

de nuestra parte el caso específico del *Testimonio Mental,* han permitido concluir sobre la relevancia del factor subjetivo en el abordaje, estudio y comprensión de las enfermedades mentales. Se ha puesto en evidencia, que la presencia del testimonio subjetivo en las historias clínicas de una institución asilar clásica, como el Open Door, queda indirectamente emparentado a los cambios conceptuales de la psiquiatría y a las nuevas tendencias, receptadas en Argentina, de la fenomenología psiquiátrica y del psicoanálisis, incipientes aún en los ámbitos hospitalarios.

Las preguntas tal como se encuentran formuladas en el protocolo denominado Testimonio Mental interpelan al sujeto en un nivel de expresión subjetiva que pone en juego su singularidad. Las experiencias de anamnesis analizadas, por cierto poco frecuentes en el contexto de la época estudiada, han resultado significativas en la perspectiva del abordaje del paciente y de la enfermedad en el caso singular. El interés por la persona del enfermo y no sólo por la entidad nosográfica, nos ha demostrado un acercamiento diferente de los diseños anatomoclínicos "puros", y nos ha permitido situar la trascendencia de la receptividad de las nuevas tendencias psiquiátricas francesas adoptadas en la práctica hospitalaria por entonces en la Argentina.

En síntesis, y teniendo en cuenta que el área de mayor tradición institucional en Argentina ha sido la psiquiátrica criminológica, es posible reconstruir un entramado de la diversidad de documentos escritos que registran modos y practicas en el relevamiento de datos clínicos. La contextualización histórica de estos documentos da cuenta de la influencia de diversas variables de receptividad de nuevas teorías en la psiquiatría e invita a reflexionar acerca del modo de comprender la subjetividad, la concepción diagnóstico clínica y las practicas posibles en cada caso.

Bibliografía

Bercherie, P. (1986) *Los fundamentos de la clínica*, Bs.As., Edit. Manantial.

Falcone, R. "Relevamiento preliminar e indicadores sociales en Historias Clínicas. Colonia Open Door, Luján (1900-1925)" (2004), *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Fundación Acta, ISSN-0001-6896, Vol.50/ nº 4, pp.301-310.

Huertas, R. (2001) "Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", en *Revista Frenia*, *Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol.1, fascículo 2, p. 7-33.

Laín Entralgo, P. (1950) *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, CSIC. Existe una 2da. Edición (1961), Barcelona, Salvat, y una edición reciente en Tricastela, Madrid, 1998.

Laín Entralgo, P. (1986) *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat.

Laín Entralgo, P. (1986) "El empirismo clínico" en Laín Entralgo, P. (1986) *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat, Biblioteca Médica de Bolsillo, 21, 309-320.

Laín Entralgo, P. (1982 u 89) *El diagnóstico médico. Historia y teoría*, Barcelona, Salvat.

Laín Entralgo, P. (1990) "La Historia Clínica" en Laín Entralgo, P. *Hacia la recta final. Revisión de una vida intelectual*, Madrid, Círculo de Lectores, 1990, p.147-168.

Lanteri Laura, G. (1998) *Ensayos sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Tricastela.

Lanteri Laura, G. (2000) "Nuestra Psiquiatría. Doscientos años después", *Vertex*, *Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol.IX, 9-14.

Livianos, L.; Magranes, A. (1991) *Historias clínicas del Siglo XIX. Una selección de patografías de J.B.Perales y Just*, Valencia, Ayuntamiento de Valencia.

Montiel, Luis "Historia y enfermedad mental en dos historias clínicas de Dietrich Georg Kieser (1779-1862), en *Revista Frenia*, *Revista de Historia de la Psiquiatría*, Vol. 1, fasc.2, 2001.

Pinel, Ph. (1800) *Traité Médico philosophique sur l'alienation mentale, ou la manie*. París, Cez Richard, Caille et Raiver.

Plumed, J.; Rey, A. (2004) "Las Historias Clínicas de Nueva Belén" en *Revista Frenia*, Revista de Psiquiatría, Vol.IV, fascículo 1, p.77-99.

Vallejo, J. (1992) *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*, Edit. Masson, Salvat, Barcelona.

Fuentes primarias

"Libros de Historias Clínicas de la Colonia Nacional de Alienados Hospital Interzonal Dr. Domingo Cabred 1901/1920". Museo del Hospital, Open Door, Provincia de Buenos Aires.

Notas

[1] Puede analizarse en Laín Entralgo, P. “El empirismo clínico” en Laín Entralgo, P. (1986) *Historia de la Medicina*, Salvat, Biblioteca Médica de Bolsillo n 21, p.309-320.

[2] Thomas Sydenham conocido como el Hipócrates inglés reunió su amplia experiencia clínica en el libro *Observaciones medicae* (1676) en cuyo prólogo expuso un programa para construir una nueva patología basada en la descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible ordenando los casos como los botánicos.

[3] Durante la Revolución Francesa y por orden de Napoleón se organiza la Academia de las Ciencias. Los médicos habían perdido el status científico y Bichat propone que se pudiera trabajar en unir las magníficas observaciones clínicas que hacían los médicos de la época con los hallazgos anatomo patológicos. Lo importante era el diagnóstico de los síntomas en vida del paciente y luego encontrar la semiología conectada con la anatomía patológica.

[4] El mismo cuestionario que ha sido utilizado en todos los casos de pacientes atendidos, desde 1901 hasta 1920, en la Colonia Open Door, fue encontrado también con el mismo nombre en las historias clínicas revisadas del entonces Hospicio de las Mercedes (hoy Hospital Neuropsiquiátrico T. Borda), al menos hasta 1940. Recientemente se ha recabado la información que la misma hoja y nuevamente con el mismo nombre aparece, además, en las historias conservadas en la Colonia Oliva de Córdoba.

[5] Laín Entralgo, P. (1982) *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Barcelona. Salvat. P.153-172. Citado Huertas.

[6] Véase Huertas, R. (2001) “Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”en *Revista Frenia*, Vol.1, fasc.2, p.9.

[7] Rafael Huertas cita entre otras las obras de Moreau de Tours, J. (1859), op. cit. P.9.

[8] Para una mayor ampliación véase Huertas, R. (2001) “Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”en *Revista Frenia*, Vol.1, fasc.2, 2001.

LA HIPÓTESIS DE LA DEGENERACIÓN EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES Y LA COLONIA DR. CABRED ENTRE LOS AÑOS 1900 Y 1930.

Navarlaz, Vanesa; Miranda Mariela[23]

RESUMEN: Este trabajo se propone comparar los diagnósticos encontrados en los archivos de historias clínicas del Hospital Borda (anteriormente Hospicio de las Mercedes) y de la Colonia Nacional de alienados Dr. Domingo Cabred; que corresponden al período 1900-1930. En el Hospital Borda se han encontrado dos modelos de historias clínicas diferentes: la de ingreso de los pacientes a la internación y la de la sala de anatomía patológica. Se analizarán los diseños de las dos historias clínicas. Se realiza una estadística con los diagnósticos encontrados en las historias; y se comparan los diagnósticos utilizados. Se pretende determinar si existe una correlación entre la noción paradigmática de degeneración en el campo de la psiquiatría y su aplicación en las prácticas de los alienistas argentinos de principios del siglo XX.

PALABRAS CLAVE: Historias clínicas- Historia de la Psiquiatría- Nosografía- Psicología- Argentina-

Title: The hypothesis of the degeneracy in the clinical histories of the Hospicio de las Mercedes and the Cologne Dr. Cabred between the year 1900 and 1930.

Abstract: This work proposes to compare the diagnoses found in the files of clinical histories of the Borda Hospital (previously Hospicio de las Mercedes) and of the mentally ill ones' National Cologne Dr . Domingo Cabred; that correspond to the period 1900-1930. In the Borda Hospital it there have been two models of clinical different histories: that of revenue of the patients to the internment and that of the room of pathological anatomy. There will be analyzed the designs of both clinical histories. A statistics is realized by the diagnoses found in the histories; and the used diagnoses are compared. It is tried to determine if a correlation exists among the paradigmatic

[23] Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires 2008 Vol XVI

notion of degeneracy in the field of the psychiatry and his application in the practices of the Argentine alienists of beginning of the 20th century.

Palabras clave en inglés: Medical records- Psychiatry's History- Nosologic classifications- Psychology- Argentina

INTRODUCCIÓN:

En el marco del proyecto Ubacyt P046: "*Psicología en Argentina (1900-1957): Criterios Psicológicos e Indicios de Subjetividad en Registros Formales de Documentación: Historias Clínicas, Fichas, Informes, según Contextos Políticos y Áreas Profesionales"* se han registrado archivos de historias clínicas de las instituciones psiquiátricas: Colonia Dr. Domingo Cabred de la localidad de Open Door y Hospital Municipal José T. Borda.

El presente escrito parte de un trabajo estadístico realizado con el Archivo de Historias clínicas de ambas instituciones psiquiátricas. En ellos hemos identificado diferentes criterios de clasificación que fueron adoptados a lo largo del mismo período. Estos criterios diseñados por psiquiatras argentinos, tomaron como modelo clasificaciones francesas y alemanas, creando una nosografía propia de carácter ecléctico.

En el archivo de el Hospicio de las Mercedes (actual Hospital José T. Borda) se han podido encontrar seis formatos diferentes de historias clínicas correspondientes a la internación entre los años 1900- 1950; que fueron diseñadas en consideración a varios criterios nosográficos[10]. Estos criterios representan diferentes períodos históricos y reflejan cada uno una intencionalidad en el modo en que se comprendió la causalidad y la predisposición a enfermar que fue sostenida en el marco de las prácticas de la psiquiatría en la argentina.

El más antiguo de estos documentos es un *boletín anamnésico* que se utilizó entre los años 1900 y 1930 aproximadamente. Nos proponemos analizar bajo que supuestos fueron diseñadas las preguntas de éste boletín.

En un segundo momento compararemos los formatos de historia clínica de ingreso del paciente al Hospicio y de defunción. Este último documento se redactaba en el laboratorio de anatomía patológica, realizándose un nuevo diagnóstico post- mortem.

OBJETIVO: Como objetivo del trabajo nos proponemos situar en que modelos de clasificación se inspiraron las nosografías argentinas entre 1900 y 1930. Trataremos de especificar, en los documentos encontrados, cuales son las marcas que permiten determinar sobre que supuestos fueron diseñadas éstas clasificaciones y éstos modelos de historia clínica.

Como objetivo particular nos proponemos establecer la aplicación de estas clasificaciones en las prácticas de los alienistas argentinos.

1-Estadísticas de los diagnósticos encontrados en el Hospicio de las Mercedes:

En un trabajo con documentos originales de archivo del Hospicio de las Mercedes se han podido recolectar una muestra de ochenta y dos (N= 82) historias clínicas correspondientes al periodo 1900-1930.

En una estadística de los diagnósticos encontrados vemos que entre 1900 y 1930 los diagnósticos más utilizados son. Alcoholismo 16%, Degeneración 24%; Demencia Precoz 21%, P.G.P. 18%. (Ver grafico 1 y 2).

Estos diagnósticos han sido agrupados incluyendo en la categoría alcoholismo todos los casos descriptos que incluyen el término alcohol: *alcoholismo agresivo, psicosis alcohólica crónica, alcoholismo sub-agudo, Excitación maníaca de origen alcohólico, demencia alcohólica.*

En la categoría degeneración se incluyeron los diagnósticos comprendidos como: *degeneración, delirio polimorfo de los degenerados, delirio de interpretación, delirio de persecución de los degenerados, delirio sistematizado de los degenerados.*

Demencia precoz y Parálisis general progresiva (P.G.P) no incluyen otras especificaciones, sin embargo es importante aclarar que la categoría demencia precoz es seguida en algunas oportunidades de la leyenda “en un degenerado”.

En otros se incluyen: *demencia senil, psicosis maníaco depresiva, toxicómano, psicosis distímica, parafrenia, idiotez, epilepsia, demencia orgánica, síndrome demencial, depresión;* esta agrupación corresponde a los diagnósticos que se encuentran presentes en una sola oportunidad.

2- Estadísticas de los diagnósticos encontrados en Colonia Cabred

Comparando estos datos con las estadísticas obtenidas en las Historias Clínicas de la Colonia Cabred vemos que en una muestra de casos (Nº= 128) del período 1900-1930; la especificación *"degenerados*" se presenta en el veintitrés por ciento de los casos; y que el treinta y cinco por ciento de los diagnósticos llevan la palabra alcoholismo en su composición. (Ver gráficos 3 y 4)

Los diagnósticos que se agrupan bajo la categoría alcoholismo son: *alcoholismo crónico con pérdida de los sentidos morales, alcoholismo agudo con ideas de persecución, alcoholismo subagudo con ideas delirantes, alcoholismo crónico con ideas de persecución, alcoholismo crónico con ideas delirantes, confusión mental de origen alcohólico, excitación maníaca en u alcoholista crónico, demencia alcohólica, Locura alcohólica (confusión mental), Manía alcohólica.*

En el grupo de los degenerados se encontraron los siguientes diagnósticos: degenerado hereditario más alcoholismo, delirio polimorfo de los degenerados, delirio sistematizado de los degenerados, alcoholismo con ideas de persecución en un degenerado.

El treinta por ciento de los diagnósticos corresponde a demencia precoz. En relación a la estadística del Hospital Borda encontramos un bajo índice de pacientes diagnosticados como P.G.P.

En otros se agruparon: *Melancolía, locura maníaco depresiva, locura epiléptica, imbecilidad, Idiocia, Demencia senil arterioesclerotica, Demencia vesánica, depresión melancólica.*

3- Algunas hipótesis sobre los datos obtenidos:

En los datos obtenidos en ambas muestras vemos que el alcoholismo es uno de los principales diagnósticos en materia de alienación en este período.

Estos datos se correlacionan con la "*anamnésis general de 5.000 enfermos mentales clasificados"* publicada por Gorriti en 1920. En la estadística lograda por Gorriti se puede observar que en el modo de agrupar las patologías le da prioridad al alcoholismo, ya que; de los cuatro grupos en que divide la muestra, el 52% corresponden a psicosis alcohólicas o psicosis con agregado alcohólico.

Esta particularidad se debe al esfuerzo de ubicar para cada diagnóstico un término que especifique la causa que determinó el desarrollo de la patología. Así, para manía, depresión, o melancolía, encontramos: *manía alcohólica, depresión alcohólica, o melancolía alcohólica,* como vemos el alcohol es pensado como una causa del estado mórbido y se designa además como subgrupo para cada una de las cuatro clasificaciones generales que define el autor (*Demencia precoz con agregado alcohólico, Psicosis alcohólica, Psicosis de los incompletos con agregado alcohólico, Otras psicosis y otras con agregado alcohólico)*

Gorriti llama a los degenerados: *incompletos* y les adjudica el tercer lugar en cuanto a la participación en los casos de alienación, por detrás del alcoholismo y la demencia precoz.

En los datos de nuestra estadística se destaca en segundo lugar la utilización del término *demencia precoz*[11], esta patología fue mencionada por primera vez por Morel para caracterizar en la juventud la pérdida progresiva de las facultades mentales. Morel es quién realiza la primera definición de la degeneración como causa determinante de la alienación. (Bercherie, 1986)

Veíamos que en los datos obtenidos en nuestra muestra, en algunas oportunidades el diagnóstico de *demencia precoz* iba seguido de la aclaración: en un *degenerado hereditario*. Esto se debe a que más allá del diagnóstico adjudicado a un paciente la herencia y la degeneración eran consideradas la causa determinante de la enfermedad.

En el mismo sentido se dirige la tesis doctoral sobre la demencia precoz del doctor Fermín Eguía, cuando menciona un trabajo de Borda en el que sobre cuarenta casos de dementes precoces, en treinta y un oportunidades la enfermedad está ligada a la herencia, y en los otros nueve se desconocen los antecedentes hereditarios. (Eguía, 1915)

De los datos obtenidos, podemos afirmar que en cada uno de los diagnósticos encontrados se encuentra implícita la hipótesis de una etiología degenerativa.

4- El formato de las historias clínicas de internación del Hospicio de las Mercedes:

Tomando como documento el *Boletín Anamnésico* (documento en el que el médico volcaba los datos de los pacientes al llegar a la institución; que se mantuvo vigente dentro del Hospicio entre los años 1900-1930) observamos que entre las preguntas que se debía responder estaba: *"Grado de parentesco entre padres*". Decíamos que la herencia era uno de los factores primordiales a la hora de pensar en un factor desencadenante para la locura, encontramos que, según el manual de Psiquiatría de Malfatti y Salvatti de 1931:

> "La predisposición congénita deriva de la herencia mórbida, directa, atávica, colateral o convergente. La cosanguineidad acentúa las tendencias similares o de semejantes" (Malfatti y Salvati, 1931).

Del mismo modo, en la bibliografía médica de la época se insiste sobre la influencia perniciosa de los matrimonios consanguíneos. La tesis doctoral de Anastasio Chiloteguy de 1888 toma como referencia la obra de Moreau de Tours para quien la consanguinidad entre los padres produce una decadencia intelectual y física, que lleva a la degeneración.

Volviendo al *Boletín* anamnésico encontramos que otra de las preguntas que debía responder el médico al admitir al paciente era: *"¿Si ha abusado de bebidas alcohólicas?".* Veíamos que el alcoholismo es uno de los diagnósticos más utilizados en este período, y sabemos que a lo largo del tiempo lo veremos desaparecer como categoría diagnóstica, pasando a conformar una sub-especie al lado de otras intoxicaciones. Sin embargo, en el período que estamos analizando el alcohol no se manifiesta solo como un problema médico, sino como un problema social, ligado al auge de la inmigración y a la precarización laboral y habitacional con la que éstos trabajadores son recibidos en el Río de la Plata. (Rossi, 2006)

Morel construye su nosografía teniendo en cuenta causas morales (de allí el impacto que tiene su teoría en el plano social) y causas determinantes, e identifica como principal causa de la degeneración a la intoxicación alcohólica; (De Veyga, 1938). Esto demuestra que a pesar de no estar presente la palabra *degeneración* en el diagnóstico estaba como supuesto dentro de la peligrosidad de éstas intoxicaciones.

Otro de los ítems que conformaban el *Boletín* es: *"¿Cuál es la causa probable de la enfermedad?".* Esta pregunta acerca de la causalidad de la enfermedad tampoco está presente en los diseños de las historias clínicas que se utilizan a partir de 1930. Esto se debe a que en este primer período hay una suposición acerca de la etiología de la alienación: la psiquiatría pretendió dar cuenta de las causas orgánicas de la enfermedad. De este modo encontramos que la respuesta a ésta pregunta, en muchos documentos, es: "*Sífilis"*.

Tanto la sífilis como el alcoholismo eran considerados causas directas de la alienación mental. Estos dos "*flagelos*" fueron motivos de intensas campañas de prevención realizados por los médicos que participaron en la *Liga de Higiene Mental* a partir de 1920. (Rossi, 2006)

Siendo las principales causas de la degeneración: la herencia, el alcoholismo, los matrimonios consanguineos, la sífilis y la tuberculosis; podemos anticipar que el diseño del *Boletín Anamnésico* con el que se iniciaban las historias clínicas de este período está pensado teniendo en cuenta una misma causalidad para la alienación. Esta causalidad que se supone como base de la enfermedad mental es la degeneración hereditaria o adquirida.

5- Las historias clínicas del laboratorio de anatomía patológica del Hospicio de las Mercedes: El cuerpo y la anatomía patológica.

Según Michel Foucault: "el espacio de configuración de la enfermedad y el espacio de localización del mal en el cuerpo no han sido superpuestos, en la experiencia médica, sino durante un corto período: el que coincide con la medicina del siglo XIX y los privilegios concedidos a la anatomía patológica". (Foucault, 1997)

La empresa que se inaugura con el método cartesiano, descarta la existencia de causas que no sean explicables y demostrables por la observación y la experimentación.

Como lo demuestra Foucault, el cuerpo pasa de ser causante y habitáculo del pecado a convertirse en un instrumento privilegiado sobre el que se aplica el poder. La medicina

nace al amparo de la disección de cadáveres y el cuerpo es protagonista de esta escena.

Si bien la anatomía es una ciencia que comienza a desarrollarse en el Renacimiento toma especial relevancia dentro del campo de la medicina en el siglo XIX, esto se debe, entre otros avances, a los adelantos técnicos del microscopio. En nuestro país la anatomía patológica tuvo su primera cátedra en la facultad de medicina de la universidad de Buenos Aires en el año 1887.

En lo que respecta a la psiquiatría fue gracias a la iniciativa del Dr. Cabred que se incluyó en el Hospicio de las Mercedes al primer psiquiatra que estudió anatomía patológica del sistema nervioso central: Dr. Christofredo Jacob.

Jacob era un médico alemán que fue contratado por la Universidad de Buenos Aires en 1899 para trabajar en la Cátedra de Clínica Psiquiátrica que funcionaba dentro del Hospicio de las Mercedes. (Guerrino, 1982)

El Dr. José T. Borda[12] fue su principal colaborador, trabajó en el laboratorio de anatomía patológica entre los años 1900 Y 1910, y como documento de su trabajo en el Laboratorio encontramos un número significativo de historias clínicas que llevan su firma. En ellas se describe al paciente de acuerdo con los siguientes observables:

> *Estado de invalidez mental, pérdida o disminución de determinadas funciones, deformidades de ciertos órganos, incapacidad funcional decadencia general o parcial de las fuerzas, incapacidad para el trabajo. Gota, reumatismo, sífilis, tuberculosis paludismo, etc.*

Con este conjunto de signos descriptivos nos encontramos, tanto en la bibliografía consultada como en las historias clínicas analizadas, a la hora de estudiar la locura a comienzos del siglo XX.

Vemos como en un escrito de 1906 Rodolfo Senet describe los caracteres anatómicos de la degeneración según se trata de un desvío excesivo:

1- El desarrollo excesivo de un órgano cualquiera: **hipertrofia.**

2- Presencia de un órgano excesivamente pequeño: **atrofia**.

Al respecto plantea Senet "la presencia de un órgano con un desarrollo congénito anormal, se aprecia como un carácter de evolución demasiado avanzado, es decir degenerado desde el punto de vista del adelanto en la evolución. En este caso estarían los macrocraneanos y sujetos con un desarrollo excesivo de determinada región cerebral, con una aptitud descollante o excepcional, encuadran aquí muchos desequilibrados" (Senet, 1906) la misma regla es aplicada a la inversa en el caso de las atrofias.

En "Degeneración y degenerados" Francisco De Veyga cita:"Bourneville, separa entre los idiotas y cretinos, estados donde al lado de un estado mental de la mas extraña degradación, se muestra un estado físico caracterizado por la hinchazón general sobre todo del cuello y las extremidades. Es el mixedema, el cretinismo mixedematoso." (De Veyga, 1938)

Esta sumatoria de datos observables por exceso o degradación sitúa en la historia clínica del laboratorio de anatomía una **"***Forma de psicopatía en el momento del ingreso"* que será contrastada con las observaciones de la autopsia.

La anatomía patológica de las enfermedades mentales establece que tipo de lesiones cerebrales existen en la locura y señala en los diseños analizados, una **"***Forma de psicopatía en el momento de la muerte"*

En una muestra analizada de 50 historias clínicas pertenecientes al laboratorio de anatomía patológica del Hospicio de las Mercedes, hemos hallado un minucioso registro de necropsias producidas por herencia.

Así por ejemplo, la *Atrofia de Pick*, o enfermedad demenciante, denuncia un cuadro de serias alteraciones del lenguaje debidas a una atrofia cerebral circunscripta, como la presencia de lesiones celulares de la corteza cerebral en la *Demencia Precoz.*

El cuerpo como habitáculo de la locura, es interrogado vivo desde las señales que emite, pero adquiere su mayor sentido cuando esta paralizado. La anatomía patológica confirma o desestima lo observado en el ingreso, definiendo un diagnóstico Post mortem en el que quedan explicadas las causas de la locura.

En el 40% de los casos analizados encontramos rectificaciones respecto al diagnóstico de ingreso.

Desde una dimensión fisiológica el cuerpo se presenta como instrumento para el análisis de elementos causales en la alineación:

Aspecto externo: *estado de nutrición, rigidez post Morten, señales exteriores, excoriaciones y escaras. Lesiones o signos de la enfermedad.*

Cabeza: *cráneo; espacio subdural; piamadre y aracnoides; espacio subaracnoideo; vasos.*

Encéfalo: *aspecto general*

Cerebro: *hemisferios; circunvoluciones; corteza; sustancia blanca; ventrículos; epéndimo; glándula pineal; cuerpo estriado; talamos ópticos; cuerpos cuadrigéminos; cuerpo calloso y trígono cerebral; cerebelo, lóbulos, cuerpo dentado; protuberancia anular; bulbo.*

Medula espinal: *gran simpático, ganglios, nervios periféricos.*

Cuello: *cuerpo tiroideos y ganglios cervicales; aparato respiratorio, nariz, laringe, traquea; aparato digestivo, lengua, faringe, esófago.*

Tórax: *costillas, pleura, bronquios ganglios bronquiales, pulmones corazón, pericardio, endocardio, válvula pulmonar, válvula aortita, válvula mitral, miocardio, arterias coronarias, aorta, estado de la sangre.*

Abdomen: *peritoneo, hígado, estomago, vesículas, bazo, riñón, uréteres, capsulas suprarrenales, páncreas, ganglios intestino, articulaciones.*

En cada una de estas piezas que constituyen una maquina perfecta, los estudios anatomopatológicos consisten en precisar: su peso, tamaño, vascularización, simetría, espesor, densidad, congestión, engrosamiento y adherencias. Una investigación del cuerpo solidaria a los caracteres de degeneración.

Los datos que se analizan en las historias clínicas se corresponden con las publicaciones de la época. Según la tesis doctoral del Dr. Fermín Eguía (1915) en 1904, Borda estudia las lesiones celulares de la corteza cerebral en nueve casos de demencia precoz, constatando alteraciones celulares, atrofia marcada de las piramidales y esclerosis de muchos elementos. Llegando a la conclusión de que en todos los casos hay lesiones corticales localizadas en las células nerviosas y en la neuroglia.

En el mismo año una tesis del Dr. Gilberto Fonseca encuentra para el delirio de los degenerados: “Circunvoluciones cerebrales menos numerosas y con surcos poco acentuados, atrofias frecuentes de ciertas partes del cerebro y en especial del lóbulo occipital y el pedúnculo posterior del ventrículo lateral muy corto.” (Fonseca, 1915)

6- Sobre los diseños de ambas historias clínicas: La locura en el campo degenerativo.

De la comparación y contraste de historias clínicas, poniendo énfasis en sus diseños, en una primera aproximación podemos encontrar que el diseño coincide con los cuatros conceptos fundamentales propuestos por Magnan a la hora de situar a la degeneración y definirla, a saber:

Predisposición: hereditaria o adquirida, psicológica u orgánica e inclusive social. Asociado a ello encontramos en ambos diseños: causas determinantes y predisponentes de alienación, antecedentes hereditarios (alineación, neurosis, consanguinidad, tuberculosis, alcoholismo, diabetes, criminalidad). En relación a la predisposición adquirida, podemos ubicar las preguntas acerca del consumo de alcohol, y de enfermedades como la sífilis o la tuberculosis.

El desequilibrio: pérdida de energía entre los diferentes centros nerviosos. Se interroga sobre el ataque actual, época de los síntomas, su naturaleza y su marcha. Borda dirá que el diagnóstico de muchas enfermedades mentales es un diagnóstico de evolución, por lo cual muchas veces se desconoce el pronóstico. (Loudet, 1971). Del mismo modo los pacientes cambian de diagnósticos a lo largo del tiempo; debido a la evolución de la enfermedad.

Los estigmas: morales, afectivos, físicos: Los diseños permiten indagar respecto a: retardo mental, inadaptación social, atrofias, reumatismos, fiebre, sífilis, traumatismos, shock, temperamento, ilusiones, alucinaciones, alcoholismo. En cuanto a los estigmas morales el *Boletín anamnésico* incluye la pregunta *¿Carácter habitual*

durante el estado de salud, pasiones dominantes, debilidades, tendencias, aspiraciones, diversiones predilectas?

Los síndromes episódicos: se observan bajo la denominación de *confusión mental, excitación, síndrome demencial; etc.*

Pensado desde este lugar, la locura sería en este momento la expresión de procesos degenerativos cuya causa en la mayor parte de los casos observados se trasmite por herencia. La locura como expresión de lo heredado es un observable. La herencia es la causa y la locura su manifestación.

En relación a ello, De Veyga plantea:"lo que Morel ve y le interesa es el desorden mental, la perversión de los instintos y tendencias, la decadencia general de las facultades, la locura en una palabra. Demuestra que una gran parte de casos de alineación mental se producen en sujetos predispuestos por la locura de sus antecesores. La locura es un estado transmisible por herencia que tiene en la degeneración su medio mas propicio de desarrollo". (De Veyga, 1938).

Palabras como instintos y tendencias no hacen más que confirmar la fundamentación biológica que adquiere aquí la locura, en el que encontramos un estado físico acompañado de uno mental, como veremos mas adelante. Siguiendo a Morel, la degeneración en tanto hecho mórbido, tiene su principal manifestación, que es la locura y la herencia su factor causal principal.

El análisis de diagnósticos sostiene de igual modo la hipótesis que supone la posibilidad de situar la locura dentro del campo degenerativo posición que no es abandonada, pero sí reformulada, según nuestras observaciones, en el período siguiente al que interrogamos en este trabajo. En muchas historias clínicas el término degeneración aparece tachado y es reemplazado primero por demencia precoz y luego por esquizofrenia. En el manual de Psiquiatría de Malfatti y Salvatti del año 1931 la degeneración será reemplazada por el término desarmonía: "sujetos desarmónicamente constituidos".

La palabra alcoholismo aparece situada en un alto porcentaje en los casos analizados , dato importante si tenemos en cuenta que la causa primaria de la degeneración es el

alcohol y con el alcohol Morel estudia gran cantidad de agentes tóxicos como el mercurio, el fósforo, el plomo etc.

> *" Los niños nacidos bajo la influencia del alcoholismo de los padres, sufren las consecuencias del estado convulsivo seguido de estupor que determina el alcohol en los que abusan de este: la histeria, la epilepsia, la imbecilidad y demás desordenes permanentes que sobrevienen como resultado de las afecciones convulsivas de la edad juvenil, el descenso profundo de la inteligencia, las tendencias instintivas mas perversas se ven en los hijos de alcoholistas tal cual existen momentáneamente en los degenerados" (De Veyga, 1938)*

En los diagnósticos expresados como: **"***Alcoholismo agudo con ideas de persecución",* "Alcoholismo crónico con pérdida de los sentidos", "Alcoholismo crónico con ideas delirantes", "Alcoholismo subrogado con ideas de persecución" hallamos que el estado mental acompaña la lesión provocada por la ingesta excesiva de alcohol.

La degeneración del cuerpo y la locura toman un carácter familiar y tienen una colocación en estos cuadros toda la serie de afecciones confinadas al sistema medular "*las enfermedades nerviosas*", la esclerosis en placas, la ataxia y alteraciones en la marcha, que del lado mental se presentan con una marcada insuficiencia que lleva a la restricción para el trabajo.

En la tuberculosis por ejemplo, las relaciones de causa a efecto entre esta afección y la locura es cada vez más frecuente, estableciendo de esta manera un parentesco con la demencia precoz. En la gota también encontramos una evolución parecida; siendo el mayor peligro la arteriosclerosis cuya gravedad varía según la importancia funcional de los órganos afectados. La clínica de la Salpêtrière sitúa toda una serie de tipos: la acromegalia, la enfermedad de Morvan y otras formas igualmente raras que parecen ser producto a través de la herencia de viejas infecciones persistentes. La lepra y la sífilis especialmente.

En muchos otros casos la palabra degeneración se encuentra ubicada explícitamente en el diseño conceptual del diagnóstico, tanto en un diseño como en otro: "*Manía aguda degenerada", "Manía alcohólica degenerada", "Degenerado hereditario", "Delirio polimorfo de los degenerados", "Delirio sistematizado de los degenerados".*

7- La psiquiatría clásica y la teoría de la degeneración:

En el trabajo que mencionamos[13] Francisco de Veyga toma como referentes a Moreau de Tours, Morel y Lombroso para definir a la degeneración. Todos estos autores poseen una hipótesis de la alienación como *desviación enfermiza* de un tipo humano normal. Esta desviación es pensada como una manifestación de un atavismo hereditario. (De Veyga, 1938)

En sus primeras manifestaciones la teoría de la degeneración tuvo un condicionamiento religioso. Será Valentín Magnan quien especifique la idea de una evolución a lo largo del tiempo y la libere de su carácter religioso. Magnan dará una verdadera clasificación definiendo el delirio polimorfo de los degenerados y la locura sistemática progresiva como entidades diferenciadas. (Bercherie, 1986)

Veremos que todos los autores de la psiquiatría moderna toman la hipótesis de la degeneración a la hora de querer dar cuenta de la etiología de la enfermedad mental.

La degeneración está presente en las clasificaciones de Serieux y Capgras y Krafft Ebbing También en la primera definición de Kraepelin de la *dementia praecox* la incluye dentro de un grupo de procesos psíquicos degenerativos.

Los desarrollos que sostuvieron el nacimiento de una psiquiatría organicista degenerativa tuvieron que ver con los éxitos alcanzados por la clínica patológica. La determinación de la enfermedad a raíz del análisis anatomopatológico del cadáver proviene de la vía desarrollada por Bayle en relación a las lesiones producidas en el cerebro por la parálisis general progresiva. De este modo se intentó definir para cada enfermedad una lesión cerebral diferente que diera cuenta del deterioro que conllevó al empobrecimiento mental y a la muerte. Además de la lesión anatómica, la enfermedad mostraba diferentes manifestaciones a lo largo del tiempo. De este modo los psiquiatras se interesaron por observar la evolución y el curso de la patología en los enfermos. Desde esta vía se sostuvo también la teoría de un deterioró orgánico neurológico con la necesidad de estudiar las funciones de los centros nerviosos.

Estos aportes de la psiquiatría europea fueron el marco de desarrollo de las nosografías argentinas de 1900 a1930. Podemos sostener que los documentos

encontrados dan cuenta de la utilización de la hipótesis de la degeneración mucho tiempo después de que fuera abandonada en Europa.

Conclusión:

A comienzos del siglo XX, la psiquiatría (y unida a ella la psicología, como una psicología médica) se sitúa desde la Biología con claros enfoques objetivos y positivos.
El elemento común a todas las teorías y técnicas que a partir de aquí se originan, es la búsqueda de una causa que explique la etiología de la locura. Una psicología de inspiración biológica concibe entonces las anomalías en función de su desorden orgánico.
Los documentos sobre los que hemos trabajado incluyen en su diseño el supuesto de la degeneración como causa de la enfermedad mental. Los diagnósticos encontrados sostienen la misma hipótesis etiológica, aunque algunos lo hagan de manera implícita.

Fuentes:

Chiloteguy, A. (1888). *Degeneración de la especie en los matrimonios consanguíneos*. (Tesis para optar al título de doctor en medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas) Buenos Aires: Editorial Moreno.

De Veyga, F. (1938). *Degeneración y degenerados*. Buenos Aires: Librería y Editorial "El Ateneo".

Eguía, F. (1915). *La Demencia Precoz.* (Tesis para optar al título de doctor en medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas) Buenos Aires: Casa Buffarini editora.

Fonseca, G. (1915). *El delirio polimorfo en los degenerados*. (Tesis para optar al título de doctor en medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas). Buenos Aires: La Semana Médica.

Gorriti, F. (1920). *Anamnesis general de 5.000 enfermos mentales*. Buenos Aires: Talleres gráficos de la penitenciaria nacional.

Malfatti, M. y Salvati, A. (1931) *Psiquiatría*. Editorial El Ateneo.

Senet, R. (1906) Los estigmas somáticos de degeneración y la filogenia: En, *Archivos de Psiquiatría y Criminología aplicadas a las ciencias afines, 5, Septiembre*, 549-581.

Referencias Bibliograficas:

Ackercknecht, E. (1962). *Breve historia de la psiquiatría.* Buenos Aires: Eudeba.

Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica.* Buenos Aires: Manantial.

Falcone, R. (2004) Relevamiento preliminar e indicadores sociales en Historias Clínicas. Colonia Open Door, Luján, 1900-1925. En, *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*. 2004, 50(4): 301-310

Foucault, M. (1997) *El nacimiento de la clínica.* México, d.f. : Siglo Veintiuno editores.

Guerrino, A. A. (1982). *La psiquiatría Argentina.* Buenos Aires: Editores Cuatro.

Loudet, O. y Loudet, O. (1971) *Historia de la Psiquiatría en Argentina*. Buenos Aires: Troquel.

Malfatti, M. y Salvati, A. (1940) *Psiquiatría*. Editorial El Ateneo.

Plumed Domingo, J. (2005) La clasificación de la locura en la Psiquiatría española del siglo XIX. En, *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia.Vol. LVII (2):* 223-254

Rossi, L. (2006). Argentina: profilaxis social en la década del 20: En, *Revista de Historia de la Psicología, 27(1):* 95-108.

Rossi, L., Ibarra, F. (2008). Registros documentados de la práctica psicológica y nociones de subjetividad implícitas en Argentina 1900-1957. Su articulación con los contextos políticos y áreas preprofesionales: En, *Memorias de las XV Jornadas de investigación. Vol. III.* (pp. 339-341). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Rossi, L. (2008) Historias clínicas y fichas, Criterios psicológicos implícitos según campos profesionales y contextos políticos. Argentina 1900-1957: En, *Actas del IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis.* Buenos Aires, 3 y 4 de octubre de 2008. Edición digital

ANTECEDENTES CONCEPTUALES A LA NOCIÓN DE PERVERSIÓN UTILIZADOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL ESTEVES (1900-1930)[24]

Navarlaz, Vanesa Eva

RESUMEN

En este trabajo se rastrean los antecedentes nosográficos que preceden históricamente a la actual conceptualización de la perversión. Se diferenciarán los síntomas, los signos, el tipo de trastorno y las conductas que se recortan en cada definición para la construcción del concepto. Se especifica la utilización de los diferentes diagnósticos que atañen al conocimiento de ésta patología y como fueron tomados por los distintos escritos médicos, y criminológicos en argentina. Se contextualizan los diagnósticos y la sintomatología observada con la historia de sus entrecruzamientos con un discurso social y político que los legitimizan. Por último se describirán las observaciones que se encuentran en los documentos de historias clínicas de mujeres internadas en el Hospital Estéves entre los años 1900-1935 y se analizará la utilización de estos diagnósticos en las prácticas de ésta institución psiquiátrica.

INTRODUCCIÓN

En *El poder psiquiátrico* Foucault se refiere a ciertos diagnósticos que surgen como los *residuos* de las clasificaciones. Residuos que aparecen al querer imponer un ordenamiento o una disciplina. Así, por ejemplo, como residuo de la disciplina escolar; se crea la noción de *débil mental*, que es aquel que, según la definición, no puede sacar provecho de la instrucción recibida. (Foucault, 2005, pág 75)

A este tipo de clasificaciones Michel Foucault las define como irreductibles, es decir, desechos que surgen al aplicar un cierto orden disciplinario. La perversión, o en todo caso, el conjunto de diagnósticos que se engloban para definir ésta clase de patología; se presenta como un irreductible, ya que se ubica siempre en el límite entre Medicina Legal y Psiquiatría.

El surgimiento de ésta diferenciación dentro de la psicopatología se encuentra ligada a una preocupación jurídica acerca de la distinción entre locura y criminalidad. Una vez

[24] *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis* Volumen 10 (2009)237- 246 ISSN 1851-4812

decidida la medicalización del loco, su asistencia e internación; se delimitó un nuevo problema para la psiquiatría: fue convocada a expedirse en relación a aquellos casos de delincuencia que no entraban ni en la categoría de criminales, ni en la categoría de locos. En este terreno la psiquiatría debió actuar como un nuevo auxiliar de la medicina legal, la criminología y la jurisprudencia.

Antecedentes nosográficos de la perversión:

En cuanto a los antecedentes históricos de la noción de perversión en la psiquiatría encontramos, en un primer momento, la definición de Pinel de *"manía razonante"* o sin delirio; en la cual, las funciones del entendimiento están intactas y subsiste solamente una afección de la afectividad y la exaltación. (Bercherie, 1986) Entre las causas de la enfermedad Pinel considera que se trata de personas con una naturaleza perversa e indomable.

Esta noción será luego retomada por Esquirol con el nombre de *monomanía*; se trata de una forma de locura que "reagrupa todas las afecciones mentales que no afectan más que parcialmente a la mente". Esquirol divide a las monomanías en tres grupos: monomanías intelectuales (con delirios y alucinaciones); monomanía afectiva o razonante, en las cuales las alteraciones del carácter, la conducta y la afectividad no afectan el razonamiento. Y en tercer lugar la monomanía instintiva o sin delirio; en la que los actos no están determinados por la razón y son reprobados por la consciencia, actos que la voluntad no puede reprimir.

Ésta última forma de monomanía circunscribe a toda una serie de actos impulsivos que hicieron que la descripción misma del cuadro fuera considerada de modo despectivo por los juristas, ya que ofrecía una coartada perfecta para todos los actos criminales. (Bercherie, 1986)

El término *Locura moral* es luego, heredero de este grupo de trastornos. Fue esbozado por Pritchard en 1835 y refiere a un cuadro de depravación de los sentimientos, los instintos, de la voluntad y del carácter, con conservación de las facultades intelectuales.

"En estas personas los principios morales y activos de la mente están fuertemente pervertidos o depravados, el poder del autogobierno se ha perdido o está en gran medida deteriorado, y se advierte que el individuo es incapaz, no de hablar y razonar acerca de

cualquier tema que se le proponga, sino de conducirse con decencia y decoro en los asuntos de la vida". (Carofile, 2008)

En 1904 Kraepelin llama "personalidad psicopática" a este tipo de personas que no son "ni neuróticos, ni psicóticos, no están en el esquema de manía - depresión, pero que sí tienen un choque en cuanto a los parámetros sociales imperantes". Kraepelin las define como formas frustradas de psicosis. (Marietán, 1998).

Podemos ver como, las raíces históricas de ésta categoría se refieren, desde el campo de la psicopatología, a un grupo definido por su negatividad: ni neurótico, ni psicótico. Según se nos dice, en estos cuadros -a diferencia de las psicosis- la razón no está afectada. En general las clasificaciones psiquiátricas diferencian: por un lado trastornos que afectan la razón y por otro lado a un grupo heterodoxo que presenta alguna forma de locura sin perturbación del entendimiento.

Tomando en cuenta el significado del término perversión, Lanteri Laura señala que en el diccionario de Littré de 1875 el término médico refiere a una función fisiológica que ha sufrido una alteración de bien a mal. Así también, en los escritos de los autores citados, no se llega a una definición a través de una descripción etiológica o anatómica; sino de la observación de una alteración funcional. Alteración que puede estar dada en la afectividad, la voluntad, el carácter o en la conducta.

Veremos como, en las historias clínicas observadas, el diagnóstico se confirma a través de la observación de una conducta; en general, una conducta amoral.

Los diagnósticos en las prácticas de medicina legal, criminología y psiquiatría argentina:

En el Manual de Psiquiatría de Malfatti- Salvatti del año 1931 se relacionan los cuadros definidos anteriormente por la psiquiatría europea; dice: "la locura moral también ha sido llamado locura de los actos, manía razonante, locura lúcida, etc." Para precisar la descripción el manual se sirve de las afirmaciones de Krafft – Ebbing "no constituye una forma especial de enfermedad mental, sino un proceso particular de degeneración en el dominio psíquico, proceso que hiere al núcleo más intimo de su personalidad y a sus más importantes elementos, desde el punto de vista sentimental, ético y moral". (Malfatti-Salvatti; 1931)

La degeneración aparece entonces, no como un nuevo diagnóstico, sino como la causa que explica el grado de depravación moral al que han llegado los sujetos

comprendidos bajo éstas distintas nosografías. Encontramos, en una Tesis del año 1915, que el Dr. Gilberto Fonseca refiere que Esquirol y otros alienistas han definido como entidades mórbidas distintas las monomanías, la locura razonante, la imbecilidad, etc.; pero que gracias a la obra de Morel se ha conocido la relación que hay entre éstas entidades y la causa que las determina: la degeneración. El autor sostiene que debido al consumo del alcohol y de narcóticos se dan *"perversiones tan grandes en las funciones de la psiquis que resultan verdaderos degenerados"*. Y relaciona a estos determinantes con la depravación del sentido moral. La llama entonces locura hereditaria o de los degenerados, pero sostiene que no todos aceptan esta definición conservando para algunos el nombre de *locura moral.* (Fonseca, 1915)

Por otra parte, en las publicaciones argentinas que corresponden al campo de la medicina legal, está presente la controversia de cómo tratar al loco moral: como alienado, o como delincuente. En la tesis de Hernani Mandolini del año1917 dice: "No consideramos al loco moral como un delincuente actual o posible sino como un enfermo".

Pero para Nerio Rojas, médico dedicado al área de la medicina legal, el loco moral es un delincuente. Se pregunta: "¿Son o no alienados? No lo son. Cuando lo son la perturbación afectiva y moral es índice de una perturbación intelectual más acentuada. En consecuencia no debe llamárseles locos morales, puesto que en realidad son verdaderos degenerados o anormales con perversiones instintivas que cuando delinquen deben ir a la cárcel y no al hospicio."

En éstos escritos, entonces, está presente además de la clasificación diagnóstica, el tratamiento que se les debe otorgar a éstos sujetos. Desde el punto de vista de Rojas sólo se deberían enviar al hospicio los casos en los que se presente además de la depravación moral, la falta de entendimiento, es decir, que se trate de alienados. Y, en cambio, si no se justifica la internación en el hospicio, deben ser enviados a la cárcel. Esta discusión entre médicos y criminólogos muestra como vuelve a aparecer en el plano del tratamiento la pregunta acerca de la causalidad de estas perversiones y de la responsabilidad del sujeto que actúa.

Historias clínicas de mujeres internadas en el Hospital Estévez entre los años 1900-1935:

Con el propósito de observar la utilización de estos diagnósticos en la práctica de los médicos argentinos hemos consultado el archivo de historias clínicas de las internas del Hospital Esteves[1] que se encuentran actualmente en el Archivo General de la Nación.

En estos documentos podemos ver como, a través de sus prácticas, los médicos se encargaron de codificar aquello que era considerado patológico; y al miso tiempo, trataremos de ilustrar la singularidad de lo que se consideraba anormal.

Primer caso: En una historia del año 1923 encontramos como diagnostico *Locura Moral.* La ficha en la cual se debían volcar los datos de la paciente pregunta por *los signos más marcados de la alteración mental,* y en las anotaciones el médico responde: *Erótica, Amoral, Pérdida de la afectividad.*

Otra de las preguntas se refiere a la relación que la paciente establece con la vida social, dice: *¿Busca el aislamiento o quiere la sociedad?;* y el médico responde*: La sociedad- Sobre todo la de los Hombres.* Según refiere la ficha no se observan alucinaciones, ni delirios. Otra anotación del médico dice: "*Hay estigmas físicos y de degeneración".*

Entrevistada unos días después la paciente dice. "*No puedo oír milongas, me dan ganas de bailar. Me tira mucho la milonga*". Inmediatamente el médico concluye: *Enferma: amoral- desafectiva- erótica- es una Loca moral.*

Segundo caso: Una paciente de 15 años internada en el año 1903 lleva por diagnóstico *Locura neuropática (histeria)*. Preguntas de la ficha de admisión: *¿Cuáles son los signos más marcados de su alteración mental?* Respuesta: *Cometer actos inmorales.* Pregunta: *¿Cuáles son los principales síntomas actuales?* Respuesta: *Coprolalia. Deseo de satisfacer actos sexuales. En su conversación usa palabras obscenas. Está en continuos movimientos incoordinados.* Otras observaciones: *No tiene ideas delirantes de ninguna naturaleza, no hay tampoco trastornos en sus percepciones. Tiene conservada su memoria, su atención, su consciencia.*

La anotación siguiente del médico dice. *"Es inmoral en sus gestos y lenguaje. Habla de la casa de prostitución (en que trabajo) y dice que le gustaba. Profiere palabras del argot de esas casas"*

1909- *"No hay ideas delirantes. Habla con la mayor naturalidad de su vida amoral y se complace en recordar y contar la cantidad de hombres a los que se ha entregado. Maldice a la madre. Su conversación gira siempre alrededor de su pasión sexual."*

Tercer caso: Paciente internada en el año 1924, diagnóstico: *Delirio de persecución de los desarmónicos sin alucinaciones*. Examen de ingreso. *Tranquila, apática, displicente, buen estado de nutrición, Masculinismo*. Anotación: *Según el Dr. Pereyra que la estuvo observando en la sala dice que en la paciente nunca noto nada anormal ni en su conducta*

ni en sus palabras y agregó que hablaba de la necesidad de evitar abortos y de dictar leyes sociales de orden distinto. Otra observación dice: *Habla de "necesidades proletarias"- "Aptitudes para la lucha por la vida"-"Gremialismo"- "Sindicalismo"-* Agregado luego: *"Dice no ser partidaria de las medidas extremas condena los atentados anarquistas, el robo, el homicidio, etc."*

En los tres casos las pacientes fallecieron en el hospital después de más de cuarenta años de internación.

En primer lugar, en estas observaciones podemos situar como los cuerpos, los comportamientos y los discursos van siendo rodeados por un tejido de escritura que codifica la conducta y sirve para fichar a los individuos. (Foucault, 2005) En los dos primeros casos el *deseo sexual* y el *erotismo* en la mujer parecen ser elementos que confirman un diagnóstico de locura. Es llamativo que en ninguno de los casos se lee este erotismo como delirio, y que en ningún momento se encuentran en las pacientes alucinaciones.

El tercer caso, en cambio, se refiere a una mujer que fue detenida por la policía y llevada luego al hospital, todas las anotaciones de los médicos refieren que está tranquila. El único signo que se describe acerca de su patología está dado por su discurso politizado. Por las respuestas que ofrece, se infiere que se le ha preguntado si es partidaria de los atentados anarquistas. Se comprende entonces que el motivo por el que ha llegado a la internación es la suposición de que pueda llevar a cabo algún acto impulsivo ligado al discurso de reivindicación social que presenta, el diagnóstico que incluye el término *desarmónicos*, era el modo en que se llamaba a los degenerados. Esta suposición se sostuvo en la creencia de que estos actos contra la Ley eran ejecutados por degenerados, y se consideró entonces a los anarquistas como tales.

En Anarquismo y anarquistas, Francisco de Veyga se refiere a algunos casos en los que debió distinguir, como perito médico, si eran degenerados los anarquistas autores de una serie de atentados contra la ley.

Podemos ver entonces como la teoría de la degeneración sirvió para intervenir en el control de la conducta y justificar desde el plano social una supuesta normalidad moral que incumbía tanto al orden de la sexualidad como a la vida política.

CONCLUSIÓN

La noción de perversión se desprende de diversos diagnósticos que acentúan el carácter impulsivo de una conducta. En el plano de la sexualidad se trató de una conducta erótica y amoral. En el plano de los actos, la perversión, aparece como signo de perversidad, y ésta última como una disposición permanente de la personalidad.

Los trabajos de la psiquiatría argentina continúan los desarrollos de las nociones que se encuentran en la psiquiatría europea.

La teoría de la degeneración sirvió para justificar la causalidad del deterioro de las funciones psíquicas comprendidas como voluntad y afectividad y para intervenir en el plano de la vida social a través del control del ambiente.

Debido a una aparente psicologización del término degeneración, la noción de perversión fue utilizada para juzgar el comportamiento e intentar domeñarlo según las reglas de la moral vigente.

REFERENCIAS

Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica.* Buenos Aires: Manantial.

Carofile, A. (2008). Psicopatía. En, *Psiquiatría y Psicoanálisis 2. Perversos, psicópatas, antisociales, caracterópatas, canallas.* Buenos Aires. Ediciones Grama.

Castel, R. (2009) *El orden psiquiátrico. Edad del oro del alienismo.* Buenos Aires. Nueva Visión.

Fonseca, G. (1915). *El delirio polimorfo en los degenerados*. (Tesis para optar al título de doctor en medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas). Buenos Aires: La Semana Médica.

Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2007) *Los Anormales*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Lanteri- Laura, G. (1979) *Lectura des perversions- Histoire de leur appropiation médicale.* París. Masson.

Mandolini, H. (1917) *Concepto de la locura moral.* Buenos Aires, Vitullo Osorio.

Marietán, H. (1998) Personalidades psicopáticas. Revista Alcmeón Año IX - Vol.7 Nro. 3- noviembre 1998.

Saurí, J. (1983) *Las perversiones.* Buenos Aires. Carlos Lohlé.

NOTAS (1) El actual Hospital Interzonal José Esteves de Temperley fue creado en 1908 con el nombre de “Asilo de Alienadas”. Funcionó como un anexo del Hospital Moyano y se inauguró

con el fin de resolver el hacinamiento producido por el creciente número de las internaciones en éste último.

LOS DISEÑOS DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS (1900-1930)[25]

Jardon, Magali

Resumen:

El presente trabajo tiene por objetivo dar cuenta de las transformaciones en los diseños de las historias clínicas en una institución particular: el Hospital Nacional de Alienadas. Esta institución fue protagonista de cambios, los cuales estuvieron influenciados por la orientación de las políticas sociales acordes con el clima ideológico imperante en las distintas épocas. La marcada participación de la Sociedad de Beneficencia desde la inauguración del Hospital fue decisiva en lo que respecta a su política institucional; junto a ella los directores de la Institución introdujeron modificaciones respecto de la atención de las alienadas que sólo a lo largo del tiempo pudieron quedar reflejadas en uno de sus documentos: la Historia clínica. Partiendo del análisis de discurso se dará cuenta de las modificaciones presentes en los diseños de las fuentes primarias analizadas.

Palabras Clave: Cuadro nosológico- Historia Clínica- Sociedad de Beneficencia- Argentina

Abstract

Introducción

De los antecedentes del período y de la institución abordada, se destaca el 15 de marzo de 1854 como fecha de inauguración del primer nosocomio dedicado a la asistencia de mujeres: el Hospital Nacional de Alienadas de Buenos Aires. Fueron sesenta mujeres las primeras en poblar el hospital, se trasladaron del Hospital General de Mujeres (Actual Hospital Rivadavia). El Hospital Nacional de Alienadas (Actual Hospital de Salud Mental "Braulio Moyano") se crea por pedido de la Sociedad de Beneficencia al Gobierno Nacional, debido a un informe de la inspectora del Hospital

[25] II Congreso XVII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 2010. En prensa.

General de Mujeres, Sra. Tomasa Vélez Sarsfield. Otra institución importante fue la Sociedad de Beneficencia, creada el 2 de enero de 1823, por decreto del Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Martín Rodríguez. La Sociedad tendría a su cargo: La dirección e inspección de las escuelas de niñas, de la casa de expósitos, de la casa de partos públicos y ocultos, hospital de mujeres, colegio de huérfanos, y de todo establecimiento público dirigido al bien del género femenino.
A partir del año 1860 la Sociedad de Beneficencia estará a cargo del cuidado de las pacientes internadas en el Hospital Nacional de Alienadas. (AGN, 1999). Veinte años después la *Sociedad* pasó a ser dependencia del gobierno nacional.
Por su parte el Dr. Ventura Bosch (1814-1871) -Presidente de la Sociedad Filantrópica- fue una figura importante en lo que respecta a la inauguración del Hospital, a demás de haber sido su primer director. Mantuvo una estrecha sintonía con la Sociedad de Beneficencia, se apoyaron y elogiaron mutuamente, considerados como una pareja ideal que combinaba la caridad y el saber médico, este último con fuerte influencia Europea en relación a la atención especial de los alienados. El Dr. Osvaldo Eguía (1826-1897) sucedió a Bosch el la dirección de 1870 a 1890 con el mismo espíritu filantrópico y manteniendo comunicados de reconocimiento a la sociedad.

Del cuadro nosológico a la historia clínica:

Siguiendo la caracterización de G. Germani, en el período conservador (1900-1916) el desarrollo económico agro-exportador florece. También aparece en este período una inmigración masiva proveniente de Europa concentrada en las grandes ciudades. “Este momento enmarcado por la gran inmigración del período conservador, las políticas sociales apuntan a diferenciar lo normal de lo patológico. Lo patológico tendrá un destino de institucionalización que en este momento opera como forma de control social”. (Rossi, Ibarra: 2008, p.189)
Con la incorporación de Antonio Piñero (1859-1921) como director del Hospital entre los años 1890-1893 y 1896-1905 comienzan los intentos por cambiar la asistencia de las alienadas, sin embargo sus ideas no fueron bien recibidas por la Sociedad de Beneficencia.
Las damas de beneficencia, por su parte, propusieron dividir a la población del hospital en pensionistas, tal como se corrobora en las historias clínicas. Aparece el ítem “Estado

económico", allí se consignaba la ocupación y generalmente el tipo de pensionista llegando a existir hasta de 4ta clases. La oposición tajante por parte de Piñero y su iniciativa propia en torno a la conducción del Hospital se alejan de las propuestas de las encargadas del establecimiento, se produce un distanciamiento con ellas.

En la segunda hoja del documento analizado del año 1900 figuran los "Antecedentes" con treinta preguntas aproximadamente. Muchas de las preguntan dan cuenta del tratamiento moral que fue puesto en práctica; en la primera pregunta da cuenta de la importancia del carácter habitual en estado de salud, las pasiones dominantes, las debilidades, las tendencias, aspiraciones, ocupaciones y recreos de su predilección. También se pregunta si es violenta destructora o agresiva y si la enferma comete actos inmorales. La aplicación del tratamiento moral, ideado por Pinel, se corrobora a su vez ya que se incluyeron talleres de Laborterapia. Estos talleres abarcaban las especialidades de costura, construcción de ladrillos, confección de escobas, medias, trabajos de jardinería y huerta. (Loudet, 1971)

Piñero da cuenta de la falta de enfermeras en el hospital e incentiva la conformación de una escuela de enfermeras especializadas, en congruencia con esto propulsa la inclusión de un Laboratorio de Investigación y Enseñanza inaugurado en 1901 bajo la dirección del Dr. italiano Tedeschi. Este último posee una fuerte influencia de su compatriota Lombroso sobre las teorías antropométricas. Por eso se explica que en el "cuadro nosológico" (que posteriormente será denominado "Historia Clínica") figura una grilla sobre "craniometrica" (escrito en italiano) en vez de craneometría (escrito en español), la finalidad era detectar lo patológico a partir de la medición del cráneo. En esta primera página se incluye una foto de la "alienada", los datos de filiación, el examen somático (altura y peso del cuerpo).

A Piñero lo sucedió el Dr. Podestá en la dirección del Hospital (1896- 1898; 1905-1907), no se destacan modificaciones a nivel del diseño del "Cuadro nosológico". Podestá por su parte mantuvo muy buenas relaciones con las señoras de la Sociedad de Beneficencia quienes fueron las que lo eligieron como director, el clima armonioso no fue porque coincidiera con las propuestas que las damas realizaban sino porque consideraba sobre las equivocaciones de estas imperaba en realidad un verdadero espíritu benefactor.

“Atendía a las enfermas con paciencia y conocía el poder terapéutico de la palabra administrada con delicadeza y oportunidad. Todas querían conversar con él y a todas complacía.” (Loudet, 1971 pp. 155-156)

De las declaraciones de las damas de Beneficencia se desprende la influencia del tratamiento moral basado en el diálogo entre el médico y la paciente. Por su parte el sesgo que le imprime este Dr. Manuel Podestá al hospital es social e higienista, además de haber sido propulsor de los cambios edilicios del Hospital.

La modificación del diseño de historias clínicas fue llevada a cabo por el profesor José A. Esteves (1863- 1927), Director del Hospital Nacional de Alienadas por más de veinte años (1908-1927).

En la década del 20 las “afecciones” pierden presencia y en su lugar aparece el rótulo de diagnósticos Otra incorporación es un cuadro para computar las entradas y salidas de las pacientes, además de otro lugar para la foto al momento del alta. Ya para fines del 20’ la grilla de la craniometría desaparece,

Esteves le dio al Hospital un sesgo neuropsiquiátrico. Modificó las historias clínicas que antes de él se caracterizaban por su “laconismo y la pobreza de las observaciones” (Loudet p. 158). En el anterior diseño convivían preguntas sobre temas tan disímiles como el carácter, instrucción y la alimentación. Sin embargo el modelo de historia que implantó Esteves fue digno de encomio. Era una verdadera historia de la enfermedad desde sus orígenes hasta su completo desarrollo, con todas las peripecias psiquiátricas y extrapsiquiátricas. (Loudet p. 158).

En la segunda hoja de la Historia clínica los Antecedentes que estaban en forma de preguntas pasan a sistematizarse bajo tres grandes ítems:

<u>Antecedentes familiares</u>: ascendentes, descendientes, abortos, nacidos muertos, polimortalidad infantil, colaterales, epilépticos, alcoholistas y ambiente familiar. También se incluyen los <u>Antecedentes personales</u>: embarazos, nacimientos, partos. Aparece la indagación sobre el desarrollo evolutivo de los primeros años de vida: palabra, dentición, marcha, enfermedades de la infancia, terrores nocturnos, enuresis, convulsiones, epilepsia, corea. Siguiendo con el desarrollo evolutivo se pregunta por el Pasado escolar: aplicación, conducta, pubertad, primera menstruación. Finalmente aparece tercera y última etapa, la Edad Adulta: enfermedades infecciosas, intoxicaciones, endógenas y exógenas, traumatismos, incidencias sentimentales,

preocupaciones familiares, económicas, sociales. Surmenage: emotivo, intelectual, físico, menstruaciones, menopausia.

El tercer gran ítem es el de la Enfermedad Actual, allí se pregunta por su inicio: sus comienzos, causa ocasional, traumatismo, fiebre, emociones, intoxicaciones, primeros síntomas de la enfermedad, cefaleas, insomnio, excitación, depresión. Aparece el término "Trastorno" para dar nombre a los trastornos nerviosos, trastornos de la inteligencia, trastornos de la afectividad, trastornos del lenguaje-sordera- mutismo, también aparece Obsesiones y fobias.

Cabe destacar que a Partir de la década del 20´ se reconoce a un sujeto más activo y participativo. Se imponen a su vez criterios psicológicos a la hora de evaluar capacidades y déficit en un período que se identifica por un renovado humanismo en concordancia con un modelo de democracia de participación política ampliada. (Rossi, L: 2001)

Además de dotar de terminología *psi* a la historia clínica, y en congruencia con la rigurosidad científica que Esteves se propone instaurar en el Hospital, reemplazan a las empleadas que se ocupaban de las internadas por egresadas de la Escuela de enfermeras del Hospital Nacional de Alienadas fundada por él, siguiendo sin duda la idea de Piñero. La relación en números de profesionales y enfermas era desproporcionada, había una escasez de médicos y enfermeras profesionales para las casi 2000 internadas. El hacinamiento fue una característica que desde los primeros años padeció el Hospital. También remodela pabellones y funda nuevos, habilita consultorios externos para dar batalla a la aglomeración de pacientes.

Palabras finales

La marcada participación de la Sociedad de Beneficencia desde la inauguración del Hospital fue decisiva en lo que respecta a su política institucional; junto a ella los directores de la Institución introdujeron modificaciones respecto de la atención de las alienadas que sólo a lo largo del tiempo (más de 20 años) pudieron quedar reflejadas en uno de sus documentos: la Historia clínica. Por su parte desde la creación del Hospital hasta mediados de la década del 20´ persevera el "cuadro nosológico", la "craniometría" y las "afecciones".

Los directores que tuvo el Hospital desde sus inicios hasta 1927 fueron: Eguía (1870 a 1890), Piñero (1890-1893; 1896-1905), Podesta (1896- 1898; 1905-1907) y Esteves(1908-1927), este último fue el único que introdujo modificaciones en el diseño del documento analizado pasó a llamarse “Historia clínica” dando cuenta del carácter procesual de la misma, también los Antecedentes familiares, los Antecedentes personales y la Enfermedad Actual fueron abordados desde concepciones evolutivas. Se sustituye a las “afecciones” por el “diagnóstico” y se incluye la terminología referida a los trastornos. Cabe recordar que después de 1920 se reconoce a un sujeto más activo y participativo, en un período que se identifica por un espíritu humanista en concordancia con un contexto político de democracia de participación ampliada.

Referencias Bibliográficas:

Fuentes Primarias:

Acta de la Fundación de la Sociedad de Beneficencia en "Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social" (1823-1852) Tomo I. Archivo General de la Nación, Buenos Aires. 1999

Historias clínicas del Hospital de Salud Mental: Braulio Moyano, 1900-1930.

Loudet, O., (1971) Historia de la psiquiatría argentina. Buenos Aires: Troquel.

Fuentes Secundarias:

Navarlaz, V., Jardon, M., (2009). Enviado para su publicación en el XV Anuario de la Facultad de Psicología de la UBA.

Rossi, L., (2001). Psicología: Su inscripción universitaria como profesión. Una historia de discursos y de prácticas. Buenos Aires: EUDEBA.

Rossi, L., Ibarra, M.F, (2008). Historias clínicas y fichas. Criterios psicológicos Implícitos según campos profesionales y contextos Políticos. Argentina 1900-1957. En Actas del IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, Facultad de Medicina, U.B.A, Ciudad de Buenos Aires, pp. 187-197

Rossi, L., Navarlaz, V., (2009). Transformaciones discursivas en el diseño de historias clínicas- Argentina, 1900-1957. En Memorias del I Congreso Internacional de

Investigación y Práctica profesional en psicología. XVI Jornadas de Investigación. Vol III.
pp. 441-443

LOS DIAGNÓSTICOS Y LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE MUJERES EN LOS HOSPICIOS DE BUENOS AIRES ENTRE 1900-1930[26]

Navarlaz, Vanesa; Jardon, Magali

Title en ingles: ***The diagnoses and clinical Histories of women in the psychiatric hospital of Buenos Aires between 1900-1930-***

RESUMEN: Este trabajo analiza la singularidad de los aspectos ligados a los diagnósticos psiquiátricos en las mujeres alienadas entre los años 1900 y 1930 en Argentina; que permiten ubicar diferencias en los supuestos etiológicos que explican la enfermedad mental entre hombres y mujeres. Se analizan los diseños de las historias clínicas de mujeres del Hospital Nacional de Alienadas (actual Hospital Moyano) y del Asilo de Lomas de Zamora (actual Hospital Interzonal Esteves de Temperley). Se cruzan los datos obtenidos con fuentes primarias del campo de la medicina y la psiquiatría que trabajan sobre la particularidad de la alienación en la mujer. Se indagan las causas y explicaciones singulares que se han sostenido en éste contexto histórico y su diferencia con las de los enfermos varones para la misma época.

PALABRAS CLAVE: Historia - Mujer- Psiquiatría- Psicología- Argentina-

RESUMEN EN INGLES: This paper analyzes the uniqueness of the associated issues with psychiatric diagnoses in alienated women between 1900 and 1930 in Argentina that allow locating differences in the etiological assumptions that explain the mental illness between men and women. Designs of clinical records of women in the Hospital Nacional de Alienadas (now Hospital Moyano) and the Asilo de Lomas de Zamora (now Hospital Interzonal Esteves de Temperley) are analyzed. Data obtained with primary sources of medicine and psychiatry is intersected, which work on the

[26] (2010). XVII Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. En prensa.

particularity of alienation in women. It is inquired the causes and singular explanations that have been held in this historical context and their difference in those male patients for the same period.

Palabras clave en inglés: History - Woman - Psychiatry - Psychology - Argentina-

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo se encuentra en el marco del proyecto de investigación (UBACyT P046) titulado: *Psicología en Argentina (1900-1957): Criterios Psicológicos e Indicios de Subjetividad en Registros Formales de Documentación: Historias Clínicas, Fichas, Informes, según Contextos Políticos y Áreas Profesionales*, dirigido por la Dra. Lucía Rossi. Se han trabajado anteriormente los diseños de historias clínicas en el Hospicio de las Mercedes (actual Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda) y Hospital Cabred de Buenos Aires (de Open Door, ciudad de Lujan), cuya población es únicamente masculina. En este trabajo queremos especificar las diferencias que encontramos en la observación de las historias clínicas de mujeres tomando como referencia el mismo período.

La Argentina de fines del siglo XIX está caracterizada por la gran inmigración europea que se refleja en una marcada trasformación poblacional. El inmigrante es pensado como un problema tanto desde el punto de vista laboral, como desde el punto de vista social: "Si bien la inmigración es considerada recurso de dinamización económica, la desaprensión por la ubicación laboral se acompaña de una intencionalidad de orden y control social, explicitada en la política estatal que, desde una respuesta institucional (hospitales, hospicios, asilos, cárceles, escuelas) intenta direccionar este proceso en una perspectiva asistencial. Dicha modalidad apunta a atender disfuncionalidades de la integración laboral, desde una perspectiva clínico-criminológica" (Rossi, 2001, p. 144).

Es desde esta perspectiva que en el año 1854 se crea en Buenos Aires el Hospital Nacional de Alienadas, primer nosocomio dedicado a la asistencia de mujeres.

Hasta esa fecha las alienadas eran recluidas en la Cárcel de Mujeres. El Hospital se crea por pedido de la Sociedad de Beneficencia al Gobierno Nacional, debido a un informe que proveyera la inspectora del Hospital General de Mujeres, sra. Tomasa Vélez Sarsfield.

A partir del año 1860 la Sociedad de Beneficencia estará a cargo del cuidado de las pacientes internadas en dicha institución. (Archivo General de la Nación, [AGN], 1999).

Debido a la sobrepoblación y al hacinamiento, en el año 1908 se inaugura en la ciudad de Lomas de Zamora el actual Hospital Esteves que tenía como finalidad el traspaso de las pacientes que se encontraban sin cama en el Hospital de Alienadas. Teniendo en cuenta la estrecha relación que existió entre ambas instituciones, éste trabajo se propone abordar el estudio del diseño de los protocolos psiquiátricos de ambos nosocomios; y aquellos diagnósticos utilizados que por su singularidad develan diferencias de criterios a la hora de diagnosticar a las mujeres.

El objetivo será indagar con que supuestos etiológicos se construye la representación de enfermedad en las alienadas mujeres a comienzos del siglo XX en Argentina. Si bien se tomarán referencias del campo de la medicina, el período que se recorta se enmarca dentro de cambios socio-históricos que es indispensable mencionar.

DESARROLLO:

1- Las mujeres a fines del siglo XIX y comienzos del XX.

Diversos historiadores franceses (Duby, Perrot, Ariés) coinciden en señalar al siglo XIX como signado por la salida de la mujer de la esfera privada hacia la pública.

La prostitución y el aborto se recortan como transgresiones sexuales que denotan una relación más libre de la mujer con su propio cuerpo. Al tiempo que los discursos que se elaboran a favor del orden público y el sanitarismo manifiestan una preocupación por el descenso de la tasa de nacimientos y el crecimiento de la sífilis (Walkowitz, 1993).

Se crea en la medicina una *scientia sexualis* que no dirige su interés solamente al saber acerca de la sexualidad; sino al conocimiento de las anormalidades y desvíos del instinto sexual comprendido éste desde un plano puramente biológico.

Estos cambios coinciden con el surgimiento del feminismo, y con el crecimiento de la presencia femenina en la esfera laboral. Estas innovaciones fueron leídas desde los discursos médicos de la época como un problema para la salud de la mujer y de la sociedad en general. ¿Podía una mujer realizar el mismo trabajo que un hombre?, ¿Cómo se vería afectado su cuerpo?

Por otra parte, en toda Europa los demógrafos y eugenistas reclamaban por el deber cívico de la mujer de proveer hijos sanos a la sociedad, e interpretaban la caída de la tasa de natalidad como un "suicidio de la raza" (Walkowitz, 1993).

En la Argentina de comienzos del siglo XX, médicos y criminólogos se encontraban imbuidos en una misma preocupación acerca del control y la responsabilidad de la mujer en la transmisión de las enfermedades venéreas y la prostitución. Se publicaron así en *Archivos de Criminología y Psiquiatría* numerosos artículos: *La vida del delito y la prostitución* (Sicordi, 1903)*, El ejercicio de la prostitución en Buenos Aires* (Revilla, 1903), *Sobre la prostitución en Buenos Aires* (Pires, 1903), *Trata de blancas y moralidad pública* (Montero, 1904).

Por otro lado, el problema de la mujer fue tomado en el ámbito de la Medicina Legal desde el punto de vista de la responsabilidad jurídica en el delito: *Homicidio y falsa locura histérica. Sentencia dictada* (Beltrán, 1905), *Incapacidad civil de las histéricas* (Ayaragaray, 1907), *Histerismo y responsabilidad penal* (Beltrán, 1907), *Delincuencia pasional y honor ultrajado*. (Aragón, 1907).

Es decir, que en principio se recortan dos problemáticas que toman en cuenta la salud mental de la mujer; por un lado la moral: comprendida como problema médico, en tanto la realización del instinto sexual es concebida como biológica y su desviación se considera como una locura instintiva o moral.

Por otro lado se pone en cuestión la capacidad de la mujer para responder por la responsabilidad de sus actos. Ya sea porque se la considera desde una supuesta *inferioridad mental* (Moebius, 1941) en comparación con el hombre o más propensa a la *simulación* o la autosugestión, según la definición que aporta la adaptación vernácula de la teoría de la histeria.

2- *El diseño de Historias Clínicas de mujeres en el Hospital Nacional de Alienadas y Hospital Esteves:*

La denominación "historia clínica" aparece en los protocolos del Hospital Nacional de Alienadas a partir de 1930, anteriormente la planilla de ingreso llevaba el nombre de "cuadro nosológico". Tomaremos en el presente trabajo el que corresponde a la primera denominación que incluye en su primera página una foto de la "enferma", los datos de filiación, el examen somático (altura y peso del cuerpo). Allí también el médico debía consignar la "craniometría", del griego *kranion*, cráneo y *metron*, medida. Esta particularidad se explica por el hecho de que las teorías antropométricas como las de Lombroso eran el soporte teórico que servía para identificar la presencia de una patología mental en las enfermas (Lombroso, 1921).

El "estudio de la medición del cráneo" es la primera diferencia que encontramos respecto del diseño de la historia clínica del Hospicio de las Mercedes; ya que, en estas no se incorporaba este ítem. Las mediciones que conforman la craneometría son: circunferencia de la base, curva antero-posterior, curva bi-auricular, altura frontal, diámetro frontal, diámetro antero-posterior, diámetro bi-parietal, altura del cráneo, posición del conducto auditivo, ángulo facial, ángulo frontal y finalmente se calculaba el índice cefálico. El índice cefálico se utilizaba para comparar la capacidad craneana entendida como medida de mayor o menor nivel intelectual. (Ver Cuadro 1).

En su libro "*Los Criminales*" del año 1876 Cesare Lombroso estudiaba la craneometría de las *prostitutas natas* y *las criminales* para dar cuenta de la menor capacidad craneana de éstas mujeres comparadas con las "mujeres de buena sociedad" (Lombroso, 1921).

La consideración de la comparación craneométrica había sido iniciada por Broca, quien explicaba la mayor medida del cráneo del hombre en comparación con el de la mujer por la falta de inteligencia de ésta última. De este modo ésta teoría sostenía una correlación entre la pequeñez del cráneo y la inferioridad mental. Al tomar la medida del cráneo se podía estimar la medida del cerebro, por tanto a menor craneometría, menor desarrollo de la inteligencia (Jay Gould, 2009).

Los estudios sobre la craneometría fueron adoptados en Argentina, no sólo en el área de la salud mental, sino también en el área educativa. Un ejemplo de esto es el artículo de Víctor Mercante[14]: *Investigaciones Craneométricas en los Establecimientos Nacionales de La Plata*. Este artículo fue publicado en la revista *Archivos de Pedagogía y Ciencias Afines* cuyo director es José Ingenieros[15] médico que incorpora las teorías y prácticas europeas al campo de la medicina en la Argentina. (Mercante, 1906).

Sin embargo, en un artículo del año 1909, llamado *La mujer moderna,* Víctor Mercante se opone a los trabajos de antropometría que consideran como inferior la inteligencia de la mujer, sosteniendo que la inteligencia de la mujer no es *inferior* sino *diferente.* El autor, reconoce la diferencia del peso en la masa del cerebro entre el hombre y la mujer, pero rechaza el hecho de que eso implique una capacidad mental menor, y considera que se pueden encontrar hombres cuyo peso cerebral sea menor y mujeres que exceden el porcentaje de la sustancia nerviosa del hombre. (Mercante, 1909).

También Ingenieros expresa no ser partidario de modo estricto de las teorías de Lombroso aunque afirma estar de acuerdo en cuanto al "criterio general".

A pesar de que no fuera un criterio compartido, podemos pensar que la adopción del índice craneométrico en la portada de las historias clínicas de mujeres, es un indicio de que se adaptaron y utilizaron éstas teorías antropométricas en el ámbito de la salud mental en Argentina.

En cuanto al diseño interior de las historias clínicas encontramos coincidencias en los hospicios de varones y mujeres. En ambos diseños en la hoja de "Antecedentes" aparecen las mismas preguntas. Sin embargo, entre todas las preguntas (aproximadamente treinta) encontramos tres específicas para las mujeres.

Una de éstas preguntas específicas para las mujeres corresponde a la consignación de la frecuencia de las evacuaciones (-"*Sus evacuaciones son regulares?"*) y la segunda a la frecuencia de las funciones menstruales (-"*Cómo se cumplen las funciones menstruales?").* Con respecto a éstas dos preguntas vemos que se sostienen en el supuesto de que tanto la constipación como la mala regularización de las funciones genito- urinarias podían llevar a la mujer a congestiones del cerebro y producir así la locura. (Pita, 2000, p. 286).

De acuerdo a las historias clínicas relevadas, se puede apreciar que bajo esta categoría se consigna además de las regularidades/irregularidades menstruales aquello que hace referencia al *funcionamiento* del aparato reproductor, por ejemplo: si hubo extirpación de ovarios o presencia de fibromas.

Desarrollaremos cómo se explican estas disfunciones en relación con la etiología de la alienación en las mujeres.

La tercera pregunta específica de las historias de mujeres es: *"Tiene alguna hernia? algún cauterio? un vejigatorio abierto?".* Esta pregunta corresponde a los tratamientos que las pacientes recibían, las cauterizaciones con distintas sustancias se empleaban en las zonas genitales como tratamiento de las afecciones uterinas que, se consideraba, podían llevarlas a la locura. Entre los tratamientos se empleaban también lavativos vaginales con el pretexto de prevenir las posibles infecciones consideradas determinantes de locura. (Pita, 2000, p. 286)

3- Los diagnósticos en mujeres entre 1900-1930.

Los diagnósticos en las historias clínicas de mujeres que son significativamente diferentes de los encontrados en los pacientes varones internados en la misma época en el *Hospicio de las Mercedes* son: Locura moral, Locura puerperal, Locura neuropática: *Histeria*. [16] (Ver Cuadro 2).

Veremos cómo, cada uno de éstos diagnósticos se desprende de una interpretación sobre el modo de inicio y desarrollo de la enfermedad mental en la mujer. Son, en alguna medida, escritos médicos que parten de una evaluación moral y psicologicista del rol de la mujer en la sociedad poniendo de relieve que muchos criterios parten de la ignorancia de interpretar las diferencias anatómicas como diferencia de capacidades.

Demuestran también que más que una herramienta diagnóstica se partió del objetivo de crear una herramienta de control que sirviera a los fines de la medicina legal y de la criminología.

4- Histeria y Nueva Histeria.

En un escrito del año 1910 publicado en *Archivos de Psiquiatría y Criminología* en la sección de Variedades se rechaza el concepto de histeria y el método propuesto por Charcot en la Salpêtrière, afirmando que el nuevo concepto de histeria corresponde al aportado por Babinski para el cual el cuadro psicopatológico está dado por el pitiatismo: (del griego: *peithos*, persuasión e *iatos*, curable) producidos por sugestión y curable por persuasión. (Ingenieros, 1910).

Charcot fue un referente clave de la cuestionada histeria al afirmar que la misma es una enfermedad que presenta como característica la presencia de estigmas permanentes los cuales se explicaban como manifestaciones neurológicas. De esta manera se esperaba encontrar la lesión orgánica de *la enfermedad nerviosa*. Charcot fue criticado por los signos y cuadros descritos en la histeria reprochándole que estos se debían a la sugestión que el médico ejercía sobre las enfermas.

Fue Babinski quien puso en cuestión a la antigua Histeria cuando comenzó a vigilar a las enfermas y constató que ellas mismas provocaban los síntomas, un ejemplo de ello consiste en la observación del "edema histérico" (exacerbada hinchazón del brazo) de una internada, el mismo había sido producto de que la paciente ató su brazo con una cuerda provocando voluntariamente el edema. De este modo los síntomas más frecuentes del cuestionado diagnóstico como podían ser: fiebre histérica, edema histérico, ulceraciones histéricas, crisis convulsivas histéricas, fueron atentamente vigilados por Babinski quien observó a las enfermas provocarse sus propios padecimientos. Diferenciar la simulación histérica de un genuino padecimiento fue uno de los aportes de este médico.

El concepto de histeria comenzó a relacionarse con los engaños de las pacientes, lo cual dio lugar a un nuevo concepto de histeria. De esta manera Babinski acuñó el concepto de pitiatismo para hacer referencia al método de supresión de los denominados "síntomas histéricos" mediante la sugestión -siguiendo la tradición de Bernheim quien propuso este método en detrimento de la hipnosis.

En Argentina el concepto de "*pitiatismo"* para la histeria fue incorporado por José Ingenieros quien lo describe en *Histeria y Sugestión,* dando origen a la descripción

de un cuadro clínico que se inscribe en las líneas de la descripción de Babinski. (Ingenieros, 1956).

De esta manera, la noción de histeria quedará ligada en argentina a un cuadro que conlleva la simulación y la actuación de los síntomas por parte de la paciente, generando un ámbito de implicancia tanto para médicos como criminólogos que intentan dilucidar en que medida estas pacientes son dueñas de sus actos.

5- Locura Moral en la mujer.

En una primera aproximación al material de archivo del Hospital Esteves hemos podido observar que el diagnóstico "Locura Moral" (o Moral Insanity), está presente en gran parte de las historias clínicas de mujeres relevadas entre 1900-1925. (Ver cuadro 2). En una comparación con las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes, vemos que, en las mismas el diagnóstico no aparece, o aparece como un subtipo, acompañando a otros diagnósticos. Por ejemplo, en una de éstas historias que corresponden a un paciente masculino se encuentra como diagnóstico *Delirio polimorfo de los degenerados* y acompañando el diagnóstico se inscribe *locura moral.* [17]

El término original *Moral Insanity* corresponde al psiquiatra inglés Pritchard quien en el año 1835 define el cuadro como una depravación del instinto, los sentimientos, la voluntad y el carácter. (Carofile, 2008)

El diagnóstico *Locura Moral* fue retomado luego por el psiquiatra italiano Cesare Lombroso[18]; quien define a la *prostituta nata* como el ejemplo que determina el tipo exacto de *Loca moral*. Como síntomas encuentra en estas mujeres la falta de sentimientos y de los afectos más naturales hacia sus familiares, el rechazo de la maternidad, el alcoholismo, la codicia, la falta de pudor, un lenguaje de argot, la ociosidad, vanidad, mentira, ligereza y la tendencia al juego. (Lombroso, 1896).

En las primeras décadas del siglo XX el diagnóstico Locura Moral fue abordado como tema central de numerosas tesis médicas en Argentina. Así, en el año 1917 el Dr. Mandolini Hernáni refiere que la base del concepto fue creada considerando al "individuo en sus relaciones con el medio donde vive", comprendiendo a la moral como un hecho de adaptación y subrayando que el empleo del término se da en el caso de

“anestesia de los instintos sociales”, necesarios en la lucha por la vida. (Mandolini Hernáni, 1917).

Al observar las historias clínicas de mujeres que corresponden a este diagnóstico vemos que los médicos destacan que en las pacientes no hay delirios, ni alucinaciones; sino que la descripción especifica un lenguaje y una conducta inmoral. Por ejemplo, en una historia clínica de 1909 se describe a la enferma como *“excitada, irritable, agresiva, logorreica”* con *“tendencias eróticas”.* En otra, del año 1923 se describe a la paciente como*: “Erótica- Amoral” y* como síntomas se destacan*: “Pérdida de la afectividad-Coprolalia”.* Vemos entonces que se trata de una definición que se sostiene en una descripción de la conducta y no de una alteración de las funciones de la conciencia.[19]

Al comparar los diagnósticos prevalentes en las historias de mujeres con los encontrados en trabajos anteriores en las historias clínicas de hombres, observamos que éste diagnóstico y ésta descripción de la conducta sólo se encuentra presente en las historias clínicas de mujeres.

Las razones para que la conducta sexual de la mujer sea tomada como una alteración desde el punto de vista de la patológia médica ha sido descripta como la distancia en relación con la supuesta realización del instinto sexual que culminaría en los fines reproductivos. Así, el comportamiento anormal de la mujer es pensado por José ingenieros en *Patología de las funciones psicosexuales* siguiendo una hipótesis biológica del funcionamiento de la reproducción en la especie humana. Ingenieros considera mórbida *toda actividad que no responde a su función. “La actividad sexual tiene como función la reproducción de la especie, de manera que podemos considerar mórbida toda emoción, tendencia o sentimiento que no este vinculado a ésa finalidad biológica.” (*Ingenieros, 1910*)*

Encuentra entonces como patológica en la mujer la falta del sentimiento de amor unido al instinto reproductivo, el ejemplo que utiliza es la prostitución: “es *un síntoma de locura moral, de verdadera agenesia afectiva”.* Ya sea por exacerbación o por carencia el sentimiento, la emoción y la tendencia que se encuentran desviadas del fin biológico son consideradas como patológicas.

De esta manera podemos comprender el diagnóstico *locura moral* y los signos con los que se la describe como un aporte del discurso médico de fines del siglo XIX y

comienzo del XX al rechazo social de la salida de la mujer de su rol puramente reproductivo.

6- La asociación entre los órganos de la reproducción femenina y las causas de la locura.

Los diagnósticos comprendidos como: “Insuficiencia ovárica (Menopausia)”, “Locura puerperal”, “Histeria”, “Locura menstrual”; hacen referencia a trastornos que provienen del aparato reproductor femenino. Estos diagnósticos que aparecen consignados exclusivamente en las historias clínicas de mujeres y que no tienen traducción en la nosografía que describe a los trastornos de los hombres dan cuenta de la estrecha relación entre locura y aparato reproductor comprendida como una especificidad de la alienación en la mujer.

En su tesis doctoral José T. Borda afirma que “en el sexo femenino existe una época de la vida en que con más facilidad se desarrollan los trastornos mentales, y cuando la curabilidad es más difícil: es el período de la aparición de la menstruación” advirtiendo luego, sobre modificaciones cerebrales que pueden ocurrir en la pubertad de la mujer por abusos sexuales. (Guerrino, 1982)

El funcionamiento del aparato reproductor femenino parece haber sido comprendido como principal factor en la causación de las alteraciones mentales; los estados de locura, se describen como ligados a insuficiencia ovárica, menstruación, embarazo, puerperio, etc.

José Ingenieros, utiliza el diagnóstico de “Locura menstrual con impulsos cleptómanos” y le interesa particularmente diferenciarla de la simulación de la misma. El caso que presenta con dicho diagnóstico es el de una mujer que intenta inducir a su sobrina a delegarle sus propiedades. El escribano advierte el engaño por parte de la tía, sin embargo la misma alega haber cometido el delito en estado de inconciencia ya que transitaba su menstruación y las mismas se presentaban con perturbaciones psíquicas. Aunque se corrobora que el delito coincidió con su período menstrual no se puede corroborar aquello de “las perturbaciones”. Es en el arresto domiciliario y al llegar un nuevo periodo –en el cual la acusada manifiesta numerosos síntomas- que se

pudo constatar que dichos síntomas eran simulados. Otro punto importante del que se sirvió J. Ingenieros para asegurarse que se trataba de una simulación fue la presencia del reflejo faríngeo, que suele faltar en las histéricas con episodios psicopáticos menstruales. (Ingenieros, 1903)

En este ejemplo vemos que había en la psicopatología de Ingenieros una explicación orgánica de los síntomas propios de un caso de *locura menstrual*, que el mismo intentaba diferenciar de los casos en donde suponía que existía simulación.

También en los casos diagnosticados como *Locuras Puerperales* se creía que el comienzo de la enfermedad estaba dado por causas orgánicas; las mismas eran reconocidas como autointoxicaciones e infecciones producto de la mala eliminación de las toxinas que el cuerpo de la mujer padece durante el embarazo. (Giménez Zapiola, 1924).

Otro modo de explicar la forma en que las infecciones del útero se relacionaban con las diferentes formas de psicosis era la *simpatía* de estos órganos con el cerebro. De este modo las infecciones en el aparato reproductor femenino alteraban, por especial predisposición y relación con éste órgano, el funcionamiento del cerebro y concluían en la manifestación de un delirio. (Vaschetto, 2009).

Es decir que, para todos estos casos, había una causalidad en el trastorno mental fundada en alteraciones que provenían del útero en particular o del aparato reproductor femenino en general.

Podemos interpretar que, el desconocimiento de la etiología por un lado, y una visión sesgada por otro, llevaron a los psiquiatras a sostener, tanto en la teoría como en la práctica, una ligazón directa entre las enfermedades del útero y el cerebro.

CONCLUSIÓN:

En el trabajo con las historias clínicas pueden apreciarse las marcas de los discursos que pertenecieron al ámbito médico y social en torno a la salud mental de la mujer. Estas marcas singularizan en los diagnósticos una etiología diferente respecto de la alienación en la mujer comparadas con los diagnósticos utilizados para la población masculina.

Se pueden apreciar los aportes provenientes de la criminología y la influencia de las teorías antropométricas que fueron utilizados para considerar la etiología de la enfermedad mental. Para la población femenina en específico la antropometría pretendía señalar que la inferioridad y la incapacidad mental podrían ser explicadas por el menor índice craneométrico de las mujeres.

Por otro lado, el diagnóstico *Locura Moral*, que refiere a una anormalidad del instinto, fue aplicado en la mujer para señalar una conducta considerada como inmoral predominantemente ligada al ejercicio de la prostitución. Esta nosografía parece haber sido construida específicamente desde una mirada que juzga y rechaza cierto tipo de conducta que se distancia de la respuesta social esperada.

En los diagnósticos encontrados que responden a distintos cuadros de locura, que tienen en común una etiología orgánica, se sostiene como hipótesis fundamental que las mismas se deben a alteraciones provenientes del útero.

Este recorrido nos permite concluir que en el ámbito de la salud mental de la Argentina de principios del siglo XX, se pueden recortar numerosos casos que responden a la creencia de una etiología y una psicopatología diferente para la mujer; si bien no se la nombra exclusivamente de ésta manera en los manuales y tratados de psiquiatría de la época.

Cuadro 1:

Craneometría														
Circunferencia de la base	Curva antero-posterior	Curva bi-auricular	Curva fronto bi-auricular	Curva occipito bi-auricular	Altura frontal	Diámetro frontal	Diámentro antero-posterior	Diámetro bi-parietal	Altura del Cráneo	Posición del conducto auditivo	Angulo facial	Angulo frontal	índice cefálico	

Cuadro 2:

Diagnósticos	*Cantidad de Casos*	*Porcentajes encontrados*
Confusión Mental	1	3,33
Delirio Polimorfo de los degenerados	1	3,33
Delirio sistematizado de los degenerados/ desarmónicos	7	23,33
Demencia precoz	7	23,33
Demencia Vesánica	3	10
Locura Moral	3	10
Locura Neuropática /Fondo histérico	1	3,33
Locura puerperal	1	3,33
Locura sistematizada/ Insuficiencia ovárica	1	3,33
Locura tóxico infecciosa	2	6,66
Locura Transitoria	1	3,33
Psicosis Alucinatoria crónica	1	3,33
Sífilis Nerviosa	1	3,33
Totales	30	99,96

FUENTES PRIMARIAS:

Aragón, R. (1907). Delincuencia pasional y honor ultrajado. *Archivos de Criminología y Psiquiatría aplicadas a las Ciencias Afines, 6*(5), 728-732.

Ayarragaray, L., Benites, C. (1907). Incapacidad civil de las histéricas. *Archivos de Criminología y Psiquiatría aplicadas a las Ciencias Afines, 6*(4), 443-453.

Beltran, B. (1905). Homicidio y falsa locura histérica. Sentencia dictada. *Archivos de Criminología y Psiquiatría aplicadas a las Ciencias Afines, 4*(3)*,* 342-347.

Beltran, B. (1907). Histerismo y responsabilidad penal. *Archivos de Criminología y Psiquiatría aplicadas a las Ciencias Afines, 6*(5), 601-610.

Giménez Zapiola, J. (1921). *Consideraciones sobre la etiología de las Psicosis puerperales.* Buenos Aires: Editorial La Semana Médica.

Ingenieros. J (1903). *Simulación de la Locura*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Argentinos

Ingenieros, J. (1910). Patología de las funciones psicosexuales. Nueva clasificación genética. *Archivos de Psiquiatría, criminología y ciencias afines. 9:* 3-80.

Ingenieros, J. (1910). La Nueva Histeria. *Archivos de Psiquiatría y Criminología. Aplicadas a las ciencias afines. 9:* 620-624.

Ingenieros, J. (1956). *Histeria y Sugestión*. Buenos Aires: Editorial Tor.

Lombroso, C. (1896). *La femme criminelle et la prostituée* -Paris: Félix Alcan.

Lombroso, C. (1921). *Los criminales*. Barcelona: Editorial Atlante.

Mandolini, H (1917). *Concepto de locura moral.* Buenos Aires: Vitullo Osorio editor.

Mercante, V. (1906). Investigaciones Craneométricas en los Establecimientos Nacionales de La Plata*. Archivos de Pedagogía y Ciencias Afines, 1:* 73.

Mercante, V. (1909). La nueva mujer*. Archivos de Psiquiatría y Criminología. Aplicada a las ciencias afines. 8:* 333- 349.

Moebius, (1941). *Inferioridad de la Mujer*. Buenos Aires: Ediciones Tor.

Montero, B. (1904). Trata de blancas y moralidad pública. *Archivos de Criminología y Psiquiatría aplicadas a las Ciencias Afines, 3*(2)*,* 210- 223.

Prins, E. (1903). Sobre la prostitución en Buenos Aires. *Archivos de Criminología y Psiquiatría aplicadas a las Ciencias Afines, 2*(12)*,* 722-726.

Revilla, E. (1903). El ejercicio de la prostitución en Buenos Aires. Proyecto de Ordenanza elevado a la Intendencia Municipal. *Archivos de Criminología y Psiquiatría aplicadas a las Ciencias Afines, 2*(2),74-80.

Sicardi, F. (1903). La vida del delito y la prostitución. *Archivos de Criminología y Psiquiatría aplicadas a las Ciencias Afines, 2*(1)*,* 11-21.

FUENTES SECUNDARIAS*:*

Argentina, Archivo General de la Nación. (1999). *Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952). Tomo 1*. Buenos Aires: AGN.

Carofile, A. (2008). Psicopatía. *En* A.A.V.V. *Psiquiatría y Psicoanálisis 2. Perversos, psicópatas, antisociales, caracterópatas, canallas.* Buenos Aires. Ediciones Grama.

Guerrino, A. A. (1982). *La psiquiatría Argentina.* Buenos Aires: Editores Cuatro.

Jay Goul, S. (2009). *La falsa medida del Hombre*. Barcelona. Editorial Crítica.

Pita, V; Gil Lozano, F. (2000) Damas, locas y médicos. En F. Gil Lozano (ed.) *Historia de las mujeres en la Argentina*. (pp. 272- 293) Buenos Aires: Editorial Taurus.

Rossi, L. (2001). *Psicología: su inscripción universitaria como profesión.* Buenos Aires: EUDEBA.

Vaschetto, E. (2009). Aportes al estudio de las locuras puerperales en Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina. 28,* 27-32.

Walkowitz, J. (1993). Sexualidades peligrosas. En G. Duby (comp.) *Historia de las mujeres.* (Vol. 8, pp. 62-97) Madrid: Editorial Taurus.

COMPARACIÓN DE LAS NOSOGRAFÍAS UTILIZADAS ENTRE 1930 Y 1946 PARA LA FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS EN EL HOSPICIO DE LAS MERCEDES DE BUENOS AIRES[27].

Navarlaz, Vanesa Eva

RESUMEN:

El presente trabajo parte de un estudio estadístico con los diagnósticos encontrados en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes (actualmente Hospital Borda). El trabajo intenta rastrear la utilización de diagnósticos psiquiátricos utilizados en las historias clínicas del Hospicio en lo años 1930 a 1945. Se comparan los datos obtenidos con los cuadros de clasificación propuestos en la Argentina dentro del mismo período. Se ubican los modelos de clasificación que corresponden a las historias clínicas y los modos de concebir al enfermo mental que las nosografías proponen. Por último, se intenta indagar la valoración de los estados subjetivos y la noción de sujeto en los diferentes modelos.

SUMMARY:

The present work departs from a statistical study with the diagnoses found in the clinical histories of the Hospice of the Mercedes (nowadays Hospital Borda). The work tries to trace the utilization of psychiatric diagnoses used in the clinical histories of the Hospice in year 1930 to 1945. There is compared the information obtained with the classes of classification proposed in the Argentina inside the same period. There are located the models of classification who correspond to the clinical histories and the manners of conceiving the mental patient that the classification of psychiatric diseases

[27] ACTA psiquiátrica y psicológica de América Latina. Volumen 55, Nº 1, marzo de 2009. ISSN: 0001-6896. 51- 58

propose. Finally, one tries to investigate the valuation of the subjective conditions and the notion of subject in the different models.

PALABRAS CLAVE: Historia- Historias Clínicas- Psiquiatría- Nosografías-

Introducción:

Los recientes trabajos sobre historiografía de la Psiquiatría coinciden en señalar el carácter artificial de las construcciones de las nosologías psiquiátricas, destacando que "toda enfermedad es una construcción social" dependiente de variables históricas y culturales. (Huertas, 2001).

Del mismo modo en el libro ¿La construcción social de qué?, Ian Hawking, define a las clasificaciones como construcciones sociales que "no existen sólo en el espacio vacío del lenguaje, sino en las instituciones, las prácticas, las interacciones materiales con las cosas y con otras personas". (Hawking, 2004)

Siguiendo las referencias de estos trabajos podemos suponer que las nosografías utilizadas en las instituciones psiquiátricas de nuestro país fueron construcciones cuyo conocimiento nos permitirá inferir acerca de la historia de las relaciones entre los desarrollos de la medicina y las diversas políticas sanitarias. Ubicar cambios epistemológicos en la historia de la psiquiatría y apreciar como fueron adoptados los diferentes saberes psiquiátricos europeos. Dentro de esta perspectiva y teniendo en cuenta las variables socioculturales, intentamos situar cuales eran las causas por las que se producía una enfermedad y si había un intento de comprensión subjetiva del paciente presente en cada nosografía. Para llevar a cabo esto me propongo como primer objetivo diferenciar los modelos nosográficos propuestos para argentina entre los años 1930 y 1945 y ubicar en que medida los mismos fueron utilizados en el Hospicio de las Mercedes.

Teniendo en cuenta el contexto socio-histórico podemos decir que el período seleccionado en esta muestra se corresponde con lo que Gino Germani desde el campo de las ciencias sociales ha llamado período de "democracia con participación restringida". En este marco conformado por sucesivos gobiernos militares que llegaron

al poder mediante fraude electoral se crearon programas asistencialistas en el campo de la salud. La psiquiatría estuvo dedicada en gran parte a la medicina social, destacándose en las producciones teóricas las explicaciones organicistas de salud – enfermedad que concebían al sujeto como pasivo. Estas afirmaciones llevaron a la instrumentación de medidas de control social con la intención de prevenir enfermedades comprendidas como *sociales* que fueron combatidas mediante la aplicación de políticas eugénicas. (Rossi, 2001)

1- Las Historias Clínicas del Hospicio de las Mercedes.

En el relevamiento de historias clínicas, documentos originales encontrados en la sala de estadística del Hospital José T. Borda correspondientes al período 1930 a 1945, encontramos varios criterios de clasificación diferentes operando en un mismo período de tiempo. La muestra obtenida es de cien casos y los diagnósticos relevados corresponden al momento del ingreso del paciente en la internación. Los mismos se agrupan en 49 clases diferentes, según se puede observar en la siguiente tabla:

Diagnóstico	Año	Casos	Clasificación
Alcoholismo crónico	1942	1	Borda
Alcoholismo subagudo	1931 / 1944	3	Borda
Brote esquizofrénico	1936	1	Bosch
Conf. Mental/ Frenastenia biopat.	1932	1	Bosch
Constitución Paranoide	1938	1	Bosch
Delirante místico	1931	1	Borda
Delirio de persecución	1939	1	Borda
Delirio polimorfo en un constitucional	1934	1	Borda/Bosch
Delirio sistematizado alucinatorio	1942	1	Borda
Delirium Tremens	1939	1	Borda
Demencia alcohólica	1942	1	Bosch
Demencia epiléptica	1943	1	Borda/Bosch
Demencia Orgánica	1936 / 1945	3	Borda
Demencia Paralítica	1942/ 1944	2	Borda
Demencia Post alcohólica	1944	1	Bosch
Demencia Precoz	1931/ 1938	13	Borda

Demencia senil	1933 / 1942	8	Borda
Demencia vesánica	1945	1	Borda
Depresión- Abulia	1934	1	Borda
Depresión melancólica de degenerado	1931	1	Borda
Dipsomanía	1939	1	Borda
Distrofia muscular progresiva	1944	1	Bosch
Episodio de exc.en constitucional	1942	1	Bosch
Episodio delirante en constitucional	1933	1	Bosch
Episodio delirante en un oligofrénico	1945	1	Bosch
Episodio psicopático delirante	1945	1	Bosch
Episodio psicopático en alcoholismo	1939	1	Bosch
Esquizofrenia	1939/ 1942	2	Bosch
Estado psicopático delirante	1944	1	Bosch
			Borda
Excitación maníaca en un constitucional	1933	1	/Bosch
Frenastenia	1945	1	Bosch
Melancolía de involución	1935	1	Borda
Morfinomanía	1937	1	Borda
Parafrenia sistematizada y alcoh.	1944	1	Bosch
Parálisis General Progresiva	1931/ 1945	14	Borda/Bosch
Perversión instintiva constitucional	1942	1	Bosch
Psicosis alcohólica subaguda	1938	2	Bosch
Psicosis delirante de involución	1944	1	Bosch
Psicosis distimica	1938	4	Bosch
Psicosis epiléptica	1933/ 1944	2	Bosch
Psicosis esquizofrénica	1938/ 1945	8	Bosch
Psicosis Psicasténica	1936	1	Bosch
Síndrome de excitación psicomotriz	1939	1	Bosch
Síndrome de excitación reactiva	1943	1	Bosch
Síndrome delirante alucinatorio	1943	1	Bosch
Síndrome delirante hiperemotivo	1938	1	Bosch
Síndrome delirante tóxico	1937	1	Bosch
Síndrome depresivo distimico	1938	1	Bosch
Síndrome frenasténico vesánico	1943	1	Bosch
Toxicomanía Morfina	1939	1	Borda/Bosch

La primera columna corresponde al diagnóstico expresado en el ingreso, la segunda al año de internación del paciente, la tercera es la cantidad de historias clínicas encontradas con sujetos que poseían ese diagnóstico. La última columna intenta diferenciar al autor de que nosografía pertenecían los diagnósticos utilizados.

2- Las Nosografías utilizadas en el Hospicio:

Para el período seleccionado encontramos dos propuestas de clasificación utilizadas en el Hospicio. En primer lugar se encuentra la clasificación de José T. Borda que fue aprobada por el Congreso Nacional de Medicina en 1922 y que tiene como fundamento una concepción anatomopatológica de la enfermedad mental. (Guerrino, 1982). La clasificación de Borda se refiere a la alienación mental como una entidad única, el término alienación designa toda perturbación del funcionamiento psíquico. (Malfatti y Salvatti, 1931)

Dentro de esta agrupación más general que es la alienación se encuentran divididas las que son de causa congénita y las que son adquiridas. Dentro del grupo de las congénitas están: la debilidad mental, la imbecilidad y la idioacia. Dentro de las adquiridas encontramos a los degenerados hereditarios (constituidos desarmónicos) y a los normalmente constituidos. Estos dos últimos grupos reúnen: los cuadros delirantes, de excitación maníaca y depresión melancólica el primero. Y en el segundo grupo se encuentran las vesanias y las demencias.

El segundo criterio clasificatorio que fue utilizado en el periodo seleccionado en el Hospicio de las Mercedes, fue propuesto por Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi en su *Clasificación de las enfermedades mentales* del año 1930. Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi plantean una Nosografía para toda Latinoamérica, publicada en el "Boletín del Instituto Psiquiátrico" en Rosario en junio de 1930 y presentada en la "Segunda Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal" llevada a cabo en el mismo año en Río de Janeiro y San Pablo. Esta nosografía agrupa las enfermedades mentales en cinco grandes grupos de síndromes que especifican el grado de autonomía psíquica del paciente. Los autores destacan la dificultad de clasificar cuando se desconocen el tipo de lesiones o alteraciones que fueron causa de

la enfermedad, es decir cuando se desconoce la etiología. Deciden entonces clasificar a partir del trastorno psíquico y dejar de lado el *substractum* anatómico. Describen cinco grupos en un cuadro en donde lo que está comprometido es la mayor o menor autonomía psíquica del paciente, es decir que toman como referencia la perturbación de la conciencia.

Este criterio fue adoptado para las historias clínicas del Hospicio a partir de 1938 y hasta el año 1951 aproximadamente en que se impone el modelo propuesto por Ramón Carrillo.

Las nosografías comparadas:

Tomando como referencia el trabajo de Henry Ellenberger: *La ilusión de una clasificación psiquiátrica* podemos decir que los modelos de clasificación son construcciones artificiales que permiten pensar distintos cuadros psicopatológicos sin olvidar que toda clasificación fracasa siempre en su pretensión de ser exhaustiva. Ellenberger propone tres tipos fundamentales según los cuales se construyen las nosologías. En el primer tipo la clasificación es pensada como una clasificación natural; el criterio proviene de la biología, consiste en aislar una patología que corresponda a una clase más general y luego describir a que especie, género y variedad pertenece. El segundo tipo propone la inexistencia de las enfermedades mentales, y la existencia de múltiples "enfermos" qué pueden ser ordenados en una serie continua escalonada basada en la fenomenología de los estados de consciencia. En tercer lugar es posible que la clasificación se decida por un modelo creado según métodos estadísticos. (Ellenberger, 2004).

Observando la clasificación de Borda vemos que, al igual que Pinel, él toma a la alienación como esta gran clase dentro de la cual hallamos una división en grupos, especies y tipos; se trata de una clasificación natural que corresponde a un modelo tomado de la botánica. Esta nosografía se encuentra dentro del primer tipo de clasificación descripta por Ellenberger. Por otra parte el término alienación reemplaza en las historias clínicas al término locura que habría sido utilizado en la nosografía propuesta por los alienistas de Buenos Aires en 1887[20].

Decíamos que la alienación denota un grupo más general en donde está presente la patología del funcionamiento psíquico, la especie estaría dada por la diferenciación de una patología que puede ser congénita o adquirida y el tipo específico tiene como fundamento el daño orgánico que causa la enfermedad.

La suposición de una causalidad determinada está implícita en los diagnósticos utilizados; de esta manera podemos decir que la noción de degeneración se encuentra presente en las historias clínicas del Hospicio aún durante la década del 40. Los degenerados llamados también por Borda el grupo de los sujetos "desarmónicamente constituidos" están representados por los diagnósticos de los diferentes tipos de delirios: de persecución, místicos, sistematizado alucinatorio. La utilización de estos diagnósticos concuerda con el hecho de que el paradigma de la degeneración siguió siendo una referencia fuerte dentro del Hospicio, aún cuando se encontraba al mismo tiempo otro modelo que permitía distanciarse de esta explicación etiológica.

Otra de las manifestaciones en que encontramos todavía vigente en este periodo la nosografía propuesta por Borda en 1922: es el caso de los diagnósticos de Demencias Vesánicas y Demencias orgánicas que en el cuadro de Bosch están diferenciadas según la afección que las produce.

Asimismo, vemos aparecer aún como diagnóstico el *alcoholismo crónico* y el *alcoholismo subagudo*, que fue rechazado como entidad por la clasificación de Bosch y Ciampi ya que el estímulo exterior no podría determinar la enfermedad si ésta no se encontraba con una predisposición interna a enfermar. El alcoholismo que había sido uno de los diagnósticos más utilizados a principios del siglo XX, se dejará de utilizar definitivamente hacia mediados de la década del cuarenta.

Si observamos ahora el criterio de clasificación propuesto por Bosch y Ciampi podemos pensarlo dentro del segundo grupo planteado por Ellenberger. Los autores de esta clasificación han expresado que la enfermedad mental no existe, sino que existen enfermos que la padecen. Se trata de una clasificación que propone pensar a las enfermedades mentales dentro de un cuadro que se presenta como un continuum escalonado, en donde en cada peldaño inferior el enfermo posee un grado menor de autonomía psíquica. Delimitan entonces cinco grandes grupos según se trate de un estado mental más o menos debilitado, relativizando los criterios de salud y enfermedad.

Es en esta misma línea que en las historias clínicas del Hospicio se utiliza por primera vez la diferenciación entre un diagnóstico provisorio y un diagnóstico definitivo; se diagnostica entonces según el *síndrome*, el *episodio* o el *estado* suspendiendo el juicio acerca de la etiología de la enfermedad. En la estadística tomada de las historias clínicas podemos encontrar varias referencias a un diagnóstico sindrómico. Los síndromes no especifican el tipo de enfermedad de que se trata sino solamente el conjunto de síntomas observables que pueden corresponder a varias patologías.

Por otra parte, Bosch fue uno de los propulsores de la Liga Argentina de Higiene Mental. Los higienistas argentinos siguieron el modelo biotipológico del italiano Nicola Pende. En la muestra tomada aparece mencionado muy pocas veces el término "constitucional" que era una adopción de este modelo constitucionalista italiano que había sido tomado para dar cuenta de la influencia del ambiente entre las variables que pueden desencadenar en una persona el desequilibrio que lleva a la enfermedad.

Si nos referimos ahora a la noción de sujeto que se desprende de cada clasificación vemos que desde el punto de vista de la nosografía de Borda este criterio se encuadra dentro de un pensamiento anatomoclínico en el que podemos pensar en un sujeto pasivo que soporta la alteración de sus órganos como causa de la enfermedad.

En la clasificación de Bosch y Ciampi pareciera haber un intento de conservar la individualidad del enfermo en tanto ellos definen a la enfermedad como un desequilibrio en la "persona". Sin embargo, este modelo no se distancia demasiado del anterior en la consideración pasiva que tiene del sujeto; se trata de una clasificación descriptiva de los trastornos de la psiquis en donde el sujeto es nuevamente soporte de los accidentes morbosos que lo constituyen. (Lain Entralgo, 1950).

Conclusiones:

Observamos que en el período delimitado se encuentran presentes al menos dos criterios de clasificación diferentes que fueron utilizados al mismo tiempo por los médicos del Hospicio. Podemos suponer que la reticencia en la adopción definitiva de nuevas nosografías tuvo que ver con diferentes posiciones teóricas e ideológicas sobre la salud mental.

En los postulados de la segunda clasificación podemos pesquisar un intento de aplicación de un modelo que contemple la subjetividad del enfermo en su disposición a enfermar pero no logra sin embargo, modificar la visión de un sujeto pasivo en relación a la afección que padece.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ackercknecht, E. (1962). *Breve historia de la psiquiatría.* Buenos Aires: Eudeba.

Bosch, G., Ciampi, L. (1998) Clasificación de las enfermedades mentales. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina- Nº5.* Editorial Polemos.

Ellenberger, H. (2004). La ilusión de una clasificación psiquiátrica. En, Vertex, Revista, Argentina de Psiquiatría. 2004, Vol. XV: 58-66

Guerrino, A. A. (1982). *La psiquiatría Argentina.* Buenos Aires: Editores Cuatro.

Huertas, Rafael. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría. En, *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría. Volumen 1 (2): 7-37.*

Lain Entralgo, P. (1950) *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico.* Edición del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.

Lanteri- Laura, Georges. (2000) Nuestra psiquiatría- Doscientos años después- *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría -Nº 40- Volumen 11,* 9-14.

Lanteri- Laura, Georges. (2000) *Ensayo sobre los paradigmas de la Psiquiatría Moderna* - Editorial Triacastela.

Loudet, O. y Loudet, O. (1971) *Historia de la Psiquiatría en Argentina*. Buenos Aires: Troquel.

Malfatti, M. y Salvatti, A. (1931) *Psiquiatría*. Buenos Aires. Librería Editorial "El Ateneo".

Rossi, L. (2001) Instituciones de Psicología aplicada según períodos políticos y cambios demográficos en Argentina. Vestigios de Profesionalización. En Rossi, L. y colab. *Psicología: su inscripción universitaria como profesión*. Buenos Aires: Editorial Eudeba.

Ríos, J. C., Ruiz, R., Stagnaro, J.C., Weissmann, P. (comp.) (2000). *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Historia y Memoria.* Bueno Aires. Editorial Polemos.

Saurí, J. J. (1996). *Historia de las ideas psiquiátricas- El naturalismo psiquiátrico*. Buenos Aires: Editorial Lohlé- Lumen.

Stagnaro, Juan Carlos Stagnaro, J. C. (2002) Biomedicina o medicina antropológica. En, *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría Volumen XIII (47):* 19-26.

- Alienacion Mental
  - Congénita
    - Idiotas
    - Imbéciles
    - Débiles de espíritu
  - Adquirida
    - En sujetos desarmonicamente constituidos (Psicopatías de los degenerados hereditarios)
      - 1 Excitación Maniaca
      - 2 Depresión Melancólica
      - 3 Delirio Polimorfo
      - 4 Delirios Sistematizados
        - Con Alucinaciones
          - Agudos
          - Crónicos
        - A) Delirio de interpretación de Serieux y Capgras (de carácter místico, celoso, persecutivo, erótico, megalomaniaco)
        - B) Delirio de Reivindicación
        - C) Delirio de Perseguidos Perseguidores
    - En sujetos normalmente constituidos
      - Psicopatías Sin demencia
        - Vesanias
          - Manía esencial
          - Melancolía esencial
          - Locuras periódicas (Locura Maniaco Depresiva de Kraepelin)
          - Delirio sistematizado progresivo (tipo Magnan)
        - Locuras Infecciosas
        - Locuras toxicas
        - Locuras neuropaticas
        - Locuras traumáticas (sin déficit orgánico definitivo)
      - Psicopatías con Demencia
        - Primitiva
          - Demencia Precoz
          - Demencia paralítica (parálisis general progresiva
          - Demencia senil
          - Demencia Coreica (Corea de Huntington)
          - Demencia Orgánica (por hemorragia, reblandecimiento, sífilis, tumores, traumatismo, etc. Del cerebro)
        - Secundaria
          - Demencias Vesanicas
          - Demencias terminales de algunas psicopaticas de los degenerados hereditarios
          - Demencias tóxicas
          - Demencias post infecciosas
          - Demencias neuropaticas

Enfermedades mentales	Inestabilidad de la autonomia psiquica	Constituciones o personalidades premorbosas	Hipofrénica asténica (Bosch)	
			Ciclotímica	Hipertímica Hipotímica
			Perversa	
			Hiperemotiva	
			Hipomaníaca	
			Esquizotímica	
			Paranoica	
	Debilitamiento de la autonomía psíquica	Neurosis	Psicasténica	
			Neurasténica	
			Histérica	
			Emotiva (Neurosis de Angustia)	
			Epiléptica	
			Paralítica (período premonitorio Bosch)	
			Esquizofrénica (período premonitorio Bosch)	
	Pérdida completa de la autonomía psíquica temporaria	Psicosis	Psicasténica	
			Neurasténica	
			Histérica	
			Distímica (maníaco-depresiva)	
			Epiléptica	
			Esquizofrénica	
			Paralítica (P.G.P)	
			Por infección, intoxicación, traumatismo	Confusión mental Delirio agudo Delirio onírico (no alcohólico) Delirio alcohólico Delirio morfínico Delirio febril
	Falta de desarrollo de la autonomía psíquica	Frenastenia	Por causa	Biopática Cerebropática Biocerebropática
			Tipo clínico	Tipo idiótico Tipo imbecílico Tipo débil mental o vesánico
			Disglandularismos	Mixedema Cretinismo Mogolismo Disgenitalismo
	Pérdida definitiva de la autonomía psíquica	Demencias	Infantiles o juveniles	Precocísima Infantil Precoz o juvenil
			Preseniles	Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Pick
			Senil	Senil Arteniosclerótica
			Por infección, intoxicación, traumatismos, afecciones cerebrales	Paralítica Luética (no paralítica) Epiléptica Coreica Meningítica Alcohólica Traumática
		Delirios	Parafrénicos	
			Alucinatoria crónico sistematizado	
			Paranoicos	
			Paranoides	

Cuadro 1: Clasificación diagnóstica de J. T. Borda

Cuadro 2: Clasificación diagnóstica de Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi

LOCURA Y CAUSAS MORALES - UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA COLONIA CABRED- [28]

Navarlaz, Vanesa Eva.

RESUMEN: En el marco del proyecto de investigación *Presencia del Discurso Psicológico en la Representación de los Cuadros Clínicos de las Publicaciones Periódicas e Historias Clínicas de la Psiquiatría Argentina en los Años 1900-1955* se ha trabajado con los diagnósticos y diseños de fichas, historias clínicas y registros de Archivos clínicos comprendidos entre los años 1900-1957. El presente trabajo está centrado en el análisis de una publicación: el archivo estadístico de casos clínicos de la Colonia Cabred publicado en 1920 por Fernando Gorriti con el nombre *Anamnésis de 5.000 enfermos mentales clasificados*. El objetivo del trabajo será identificar bajo que supuesto etiológico el autor agrupa y clasifica los diagnósticos de dicho archivo. Se comparan los datos encontrados con las referencias teóricas acerca de las causas de la alienación que corresponden al mismo contexto histórico. Por otra parte se intenta delimitar en que medida han influido las causas sociales y morales en la elaboración de dichos diagnósticos.

Título en ingles: MADNESS AND MORAL REASONS - A FILE OF CLINICAL HISTORIES OF THE COLONIA CABRED-

ABSTRACT: In the frame of the project of investigation it Attends of the Psychological Speech in the Representation of the Clinical Pictures of the Periodic Publications and Clinical Histories of the Psychiatry in the Years 1900-1955 one has worked Argentina with the diagnoses and designs of cards, clinical histories and records of clinical Files included between the years 1900-1957. The present work is centred on the analysis of a publication: the Statistical File of clinical cases of the Colonia Cabred published in 1920 by Fernando Gorriti with the name Anamnésis of 5.000 mental classified patients. The aim of the work will be to identify under that supposed causality the author

[28] I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR 2009

groups and classifies the diagnoses of the above mentioned File. There is compared the information met the theoretical references it brings over of the reasons of the alienation that correspond to the same historical context. On the other hand it is tried to delimit in that measured they have influenced the social and moral reasons in the elaboration of the above mentioned diagnoses.

Palabras clave: Etiología Psiquiatría Historia Psicología

Key words: Etiology Psychiatry History Psychology

Introducción:

En el año 1916 se inaugura en Argentina un período de democracia con una mayor participación política. En este período de consolidación del estado nación se logra la universalización del sufragio y la autonomía universitaria llevada a cabo después de la Reforma de 1918.

En el período anterior, y debido al gran auge de la inmigración europea las políticas médicas-sociales se habían abocado a la diferenciación entre normalidad y patología; y a la distinción entre criminales y alienados. (Rossi, Ibarra, 2008). Las políticas sanitarias se encargaron de la prevención de enfermedades sociales como el alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis. Para este fin se crearon organismos especializados: La liga argentina contra el alcoholismo (1903), la liga argentina contra la Tuberculosis (1901), La Liga Argentina de profilaxis social (1921) y unos años después la Liga argentina de higiene mental (1929).

Es en el marco de estas políticas sanitarias que Fernando Gorriti emprende la elaboración de sus estadísticas en la Colonia de Alienados; en las que compara los datos obtenidos por su observación con los datos arrojados por el tercer censo nacional argentino.

1- La clasificación de las 5.000 anamnésis:

Fernando Gorriti fue subdirector de la Colonia Nacional de Alienados Dr. Domingo Cabred. En 1920 publica un trabajo al que llama *Anamnésis general de 5.000 enfermos mentales clasificados.* El estudio se fundamenta en una estadística realizada con los boletines anamnésicos (formularios impresos) que llenan los médicos de guardia al ingresar un paciente alienado en el Hospicio de las Mercedes (pacientes que luego son derivados a la Colonia), y algunos formularios que fueron confeccionados directamente en la Colonia Nacional de Alienados. De los enfermos enviados desde el Hospicio a la Colonia, Gorriti refiere que han sido seleccionados *ad hoc* para un tratamiento médico que consiste en *el trabajo, y en un régimen de libertad reglamentada, al aire libre, en pleno campo, en los talleres, etc.* (Gorriti, 1920)

De estas líneas se desprende que el tratamiento médico al que se refiere es el llamado *tratamiento moral* que reconocía el trabajo, el aislamiento y la vida en el campo como el modo más propicio de tratar las enfermedades crónicas.

En esta publicación, Gorriti divide y clasifica la muestra por él obtenida en cuatro grupos a los que llamará: 1- *Demencia precoz y demás agregados alcohólicos. 2- Psicosis alcohólica. 3- Psicosis de los incompletos y la de los incompletos con agregado alcohólico.4- Otras psicosis y otras con agregado alcohólico.* Dentro de cada grupo el autor individualiza: la filiación, la nacionalidad, el estado civil, la edad, la instrucción, el trabajo (económico), la procedencia, los antecedentes personales, y los antecedentes hereditarios de los alienados.

En un apartado Anexo a cada uno de los puntos en que clasifica a los enfermos mentales detalla cuales son los diagnósticos que integran cada una de las clases. Así, tenemos que para el primer grupo individualiza a la demencia precoz, a la demencia precoz con agregado alcohólico y a la demencia precoz con alcoholismo subagudo alucinatorio. El segundo grupo está compuesto por toda una serie de manifestaciones del alcoholismo subagudo y crónico que comprenden setenta y cuatro variedades específicas (Ej., con debilitamiento mental, con perdida de los sentimientos morales, con ideas de persecución).

En el tercer grupo se encuentran los degenerados o incompletos en donde se especifican el tipo de delirio (polimorfo, de persecuciones, sistematizado, religioso) y se encuentran algunos tipos de manía, depresión y melancolía (diecisiete formas diferentes en total).

En otras psicosis y otras con agregado alcohólico, se detallan ochenta y ocho formas diferentes de melancolía, manía, delirios, excitación, demencia, epilepsia y locuras.
Para tener en cuenta la relación que había entre demencia precoz y alcoholismo tomamos una tesis del año 1915 del Dr. Fermín Eguía, apadrinada (o, dirigida) por el Dr. Domingo Cabred, en la que se demuestra como la demencia precoz depende de la herencia y de las intoxicaciones. En primer lugar entre las mencionadas intoxicaciones se ubica la producida por el alcohol.
Veremos como, tanto para los cuadros de alienación que se engloban dentro de la demencia precoz, como para el alcoholismo y las psicosis de los incompletos se trata de una misma causalidad manifiesta en la enfermedad, a saber: la degeneración.

2- El problema del alcohol.

Lo primero que se observa en la clasificación de Gorriti es que cada uno de los cuatro grupos se encuentra relacionado con el alcoholismo. En las conclusiones estadísticas acerca de los diagnósticos Gorriti encuentra que el 52% de los pacientes son alcohólicos.
Del mismo modo entre 1876 y 1918 encontramos numerosas tesis médicas referidas al alcoholismo.[21] Todas ellas relacionan el problema del alcohol con la herencia.
Esta relación había sido descripta por Morel; para este psiquiatra francés, el alcohol es la principal causa y la más directa de degeneración, que obra por acción inmediata y por herencia al mismo tiempo. (De Veyga, 1938)
Por otra parte vemos que en relación a la importancia dada al problema del alcohol en la psicopatología, Gorriti sigue los pasos del director de la Colonia, el Dr. Domingo Cabred, fundador de la Liga Argentina contra el alcoholismo. En una Conferencia de 1912, titulada *Alcoholismo, sus causas en la Argentina,* Cabred se refiere a "la transmisión hereditaria de la apetencia al alcohol"; ley que se cumple con tanta constancia que puede afirmar que el hijo del alcoholista será también un alcohólico.
Domingo Cabred subraya que la locura alcohólica es la forma más frecuente de alienación.
Luego, en 1913 Cabred traduce y corrige -junto a un pedagogo llamado Toro y Gómez- una cartilla denominada *La Enseñanza antialcohólica en la escuela,* cuyo texto original

corresponde a Legrain y A. Peres. Esta publicación intenta transmitir a los niños "hábitos de templanza". La publicación posee varios capítulos dedicados al tema de la relación entre el alcohol y la locura, ésta última como consecuencia del uso inmoderado del alcohol, el autor define:

> *Herencia morbosa: Además de la propensión a la bebida, los hijos de los alcohólicos tienen como peculiar patrimonio según se ha dicho, un lote de enfermedades, a cual más funesta: Convulsiones, neuralgias, parálisis, epilepsia convulsiva y baile de San vito. En muchos casos son verdaderos degenerados: idiotas, imbéciles, etc. De 300 niños locos observados, se ha comprobado que la mitad (143) eran hijos de borrachos. Según Darwin, las familias de borrachos se extinguen a la cuarta generación. (Cabred, 1913)*

La degeneración ya sea por vía hereditaria como por vía adquirida es, al fin de cuentas, lo que se intenta evitar. Es por la psicologización y la aplicación en el ámbito social del término *degeneración* que el problema del alcohol en las enfermedades mentales se convierte en un problema social y moral.

3- La inmigración como causa:

Para Gorriti la *inmigración* determina una predisposición a la enfermedad mental, es, junto a otras, una causa social más que predispone a la enfermedad.

En sus estadísticas encuentra que los casos de demencia precoz están representados por un 49,716 por ciento de argentinos y por un 50,284 de extranjeros. Pero estas estadísticas se agravan al comparar los datos con el tercer censo nacional y descubrir que la población masculina extranjera es la mitad de la población argentina. Con estas cifras concluye que los extranjeros arrojan el doble de proporción que los argentinos en cuanto a demencia precoz. Estos datos concuerdan con las afirmaciones de Lucio Meléndez quien en 1879 sostiene que los inmigrantes enloquecen con mayor facilidad. (Vezzetti, 1985)

¿Cómo explica Gorriti esta desproporción? En primer lugar aclara que estos datos no se correlacionan con una cantidad mayor de enfermos mentales en los países de origen del grupo inmigratorio.

Gorriti encuentra que la alta densidad de enfermos mentales corresponde a un fenómeno relativo a la psicología del inmigrante.

En pocas líneas el autor describe un verdadero tratado psicopatológico de la inmigración. Así, identifica en los inmigrantes predispuestos varios fenómenos, primero: una tendencia de los tarados hereditarios por dirigirse a las grandes ciudades; luego una afectividad disminuida que lleva al desapego, inestabilidad y fácil desarraigo.

En tercer lugar define el *fenómeno de la imitación:* considera que el *predispuesto a la locura* sigue a ciegas el ejemplo de quienes se trasladan con más previsión. Refiere que una vez realizado el traslado estos sujetos no pueden *vencer en la lucha por la vida* dando lugar a una *selección del más fuerte* que empuja al vencido hacia la locura.

Como vemos, Gorriti retoma los conceptos darvinistas de *selección y lucha por la supervivencia,* que incluyen una interpretación del desempeño del sujeto en sociedad desde la perspectiva de la adaptación al ambiente.

4- Otros datos: El grado de instrucción:

En cuanto al grado de instrucción el autor encuentra entre la población internada un 76.9 % de alfabetos, seguido por un 19,68% de analfabetos y un 3,42% de casos en que se ignora la instrucción. Al comparar estos datos con el tercer censo nacional argentino el autor identifica que la población de argentinos alfabetizados es del 67,35% y la de analfabetos del 32, 64%. Es decir, que según sus registros la población alienada alfabetizada superaba en amplio número a la población argentina alfabetizada.

> "En el caso de la alienación mental (…) una mayor instrucción o instrucción cada vez más difundida, implica un funcionamiento más activo del cerebro; y un órgano que trabaja más frecuentemente, está al mismo tiempo mayormente expuesto a desperfectos: aparte de las desviaciones de la moral que parece que en todo progreso va aparejado, y de otras causas que debilitan al organismo, colocando al individuo en la pendiente peligrosa de la locura..." (Gorriti, 1920)

Esta desproporción entre el alfabetismo en los alienados y en la población total de argentinos, es explicada nuevamente por Gorriti desde el punto de vista de la moral. Es decir, que según sus afirmaciones, el progreso y con ello el aprendizaje, predispone a una desviación moral que acerca al individuo a la locura.

Vemos como ya se trate de un desvío por exceso -en el caso del aprendizaje o del abuso del alcohol- como por defecto, en el caso de los cuadros demenciales o de los

llamados incompletos; el autor intenta construir una nosología de la normalidad como el equilibrio de una conducta moral no contaminada y bien adaptada.

Conclusión:

Cada uno de los grupos con los que Gorriti arma su clasificación están determinados por la degeneración, hereditaria o adquirida. La utilización del alcoholismo como variable que puede acompañar cada diagnóstico muestra la importancia que tuvo en ésta época la presencia de la herencia alcohólica en el desarrollo de la alienación, entendida desde el punto de vista de la teoría de la degeneración. Dicha teoría lleva implícita desde sus orígenes la impronta de una patologización de la moral, definida desde parámetros religiosos.

Las campañas de profilaxis dirigidas a la educación escolar, se basaron en el supuesto de que por este camino se podrían prevenir las enfermedades ligadas a la educación moral; buscando el dominio de las pasiones y la moderación de los excesos a través de la templanza.

La gran masa de inmigración europea que arribo a nuestro país en el siglo XIX, trajo aparejado el problema de la inclusión de lo diferente, Gorriti señala a los hábitos (alimentarios, laborales, culturales) como otro de los problemas de la psicología del inmigrante, los considera *una planta exótica que perjudica a la salud del que la cultiva*. La interpretación darvinista de la selección natural y la lucha por la supervivencia sirvieron de fundamento científico para apoyar la sociologización de la teoría de la degeneración. Estas interpretaciones llevaron a destacar una supuesta causalidad moral de las enfermedades mentales.

Bibliografía:

Cabred, D.; de Toro y Gómez, M. (1913). *La enseñanza antialcohólica en la escuela.* Buenos Aires. Talleres Gráficos de Pellicena.

De Veyga, F. (1938). *Degeneración y degenerados*. Buenos Aires: Librería y Editorial "El Ateneo".

Eguía, F. (1915). *La Demencia Precoz.* (Tesis para optar al título de doctor en medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas) Buenos Aires: Casa Buffarini editora.

Gorriti, F. (1920). *Anamnesis general de 5.000 enfermos mentales*. Buenos Aires: Talleres gráficos de la penitenciaria nacional.

Huertas, R. (1988) La actitud ante el alcoholismo en los Siglos XVIII y XIX. En, Capítulo médico entre consultas. Año 2. Número 11, Abril. (pp. 6- 14).

Lozano, N. (1916). *El alcoholismo y las enfermedades venéreo-sifilíticas en la zona sub-tropical.* Trabajo presentado al Congreso Americano de Ciencias Sociales de Tucumán (Folleto). Buenos Aires. Establecimiento gráfico Centenario.

Navarlaz, V.; Miranda M. (2009). Las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y la Colonia Dr. Cabred entre los años 1900 y 1930. Enviado para su publicación en el *XVI Anuario* de la Facultad de Psicología de la UBA.

Plumed, J. (2004). *La etiología de la locura en el siglo XIX a través de la psiquiatría española.*

Rossi, L. (2006). Argentina: profilaxis social en la década del 20: En, *Revista de Historia de la Psicología, 27(1):* 95-108.

Rossi, L., Ibarra, F. (2008). Registros documentados de la práctica psicológica y nociones de subjetividad implícitas en Argentina 1900-1957. Su articulación con los contextos políticos y áreas preprofesionales: En, *Memorias de las XV Jornadas de investigación. Vol. III.* (pp. 339-341). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Vezzetti, H. (1985). *La locura en la argentina*. Buenos Aires. Paidós editorial.

COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES UTILIZADOS EN EL HOSPICIO DE LAS MERCEDES ENTRE LOS AÑOS 1930-1957[29]

Navarlaz, Vanesa Eva

RESUMEN:

Este trabajo se basa en la comparación de los cuadros diagnósticos utilizados en una muestra de historias clínicas del Hospicio de las Mercedes (actualmente Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario Dr. José Tiburcio Borda) entre los años 1930 y 1957 y los cambios en el diseño estructural de dichas historias.

Se comparan las propuestas de clasificación diseñadas en 1930 por Lanfranco Ciampi y Gonzalo Bosch; y en 1950 por Ramón Carrillo. La primera fue un intento para unificar los criterios diagnósticos en psiquiatría de toda América Latina y la segunda tuvo la intención de organizar la situación sanitaria de las enfermedades mentales en Argentina.

Se mencionan las principales diferencias de conceptualización que dichas clasificaciones proponen y el modo en que llegaron a ponerse en práctica estos criterios, buscando dar cuenta del modelo de medicina que los sustentaba.

PALABRAS CLAVE: Historia de la psiquiatría- Clasificación Diagnóstica-

Introducción:

Gonzalo Bosch fue director del Hospital Borda entre los años 1931 y 1947, profesor de Clínica Psiquiátrica, Director de la colonia nacional de alienados "Dr. Domingo Cabred", Presidente de la sociedad de Neurología y Psiquiatría y Vicepresidente 1º de la "Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social" desde 1933. (Kirsch, 1999) Lanfranco Ciampi fue director del Hospital

[29] VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata- Facultad de Psicología. Mar del Plata, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2007. Publicado en soporte digital ISSN: 1851-4812.

Psiquiátrico de Rosario y profesor de Psicopatología Infantil y Psicología Experimental en la facultad de Medicina de la misma ciudad. Juntos organizaron el Comité Regional de la Liga Argentina de Higiene Mental en 1930. (Gentile, 2000)

Bosch y Ciampi proponen una Nosografía publicada en el "Boletín del Instituto Psiquiátrico" en Rosario en junio de 1930 presentada en la "Segunda Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal" llevada a cabo en el mismo año en Río de Janeiro y San Pablo. La referencia teórica que mencionan los autores en este texto es el "Tratado de Patología Médica" de Nicola Pende, quién es además el principal referente para la "Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social".

En este Tratado, Pende expresa: "La enfermedad, en sentido científico, es una entidad morbosa etiológica, mientras el síndrome, es una constelación sintomática… No podemos hablar de entidad morbosa, de enfermedad bien definida, si ignoramos la etiología… Solamente la especie etiológica de la enfermedad puede permitirnos individualizar la especie nosológica" (Bosch y Ciampi, 1930).

La Clasificación de las enfermedades mentales según Ciampi y Bosch:

Siguiendo a Pende, Bosch rechaza la existencia de las llamadas enfermedades mentales debido al desconocimiento de su causalidad. Propone una clasificación según síndromes, que son definidos como un conjunto de síntomas que pueden ser diferenciados de otros síndromes por su aspecto característico o mecanismo patogénico. (Bosch, 1932).

Abandona el concepto de degeneración que se transforma en el de psicopatología constitucional, anuncia una concepción de enfermedad mental con una determinación que no es solamente orgánica. Así las psicosis degenerativas se transforman en las psicosis constitucionales. (Bosch y Ciampi, 1930)

La diferencia entre el concepto de "degeneración" y el de "patologías constitucionales" está dada por la referencia a anormalidades del genotipo o del fenotipo. En el caso de la degeneración se pensaba en una anormalidad del genotipo, por tanto, hereditaria. En el caso de los constitucionales la enfermedad podría expresarse o no según la intervención de un factor realizador. Las constituciones

psicopáticas son la base fértil, la disposición sobre la que se desarrollan los síndromes mentales. El factor realizador puede estar dado por: "una infección, una intoxicación, un traumatismo físico o psíquico". (Bosch, 1932)

Bosch piensa en la conjunción de múltiples factores, entre ellos sociales y psicológicos, considerando a la persona como un todo indivisible. Por otro lado Ciampi considera a la locura un "estado de la mente". La clasificación es reconocida por el mismo Bosch como una psiquiatría "sin enfermedad", "formada casi exclusivamente a base de síndromes". (Gentile, 2000).

Bosch y Ciampi clasifican las enfermedades mentales introduciendo cinco grandes grupos de síndromes que especifican el grado de autonomía psíquica del paciente en una escala descendente.

En su "Clasificación Sanitaria de los enfermos mentales", Ramón Carrillo hace referencia a la clasificación de Bosch sosteniendo que agrupar según el grado de autonomía psíquica es tener en cuenta un concepto jurídico que "implica la capacitación de la persona para manejar sus bienes, para administrarse, e, incluso, para no ser peligrosa al orden público." (Carrillo, 1950). En el mismo trabajo Carrillo dice haber llegado al mismo resultado que Bosch pero desde otra vía.

Los cinco grandes grupos que proponen Bosch y Ciampi son:

1) Estados mentales premorbosos o constitucionales; este criterio reemplaza al anterior diagnóstico de degeneración. La diferencia fundamental es que se comprende como constitucional un estado premorboso en potencia que puede manifestarse o no según el paciente se encuentre expuesto a un "factor desencadenante". Las constituciones o personalidades que engloba este grupo son: Hipofrénica- asténica, ciclotímica, perversa, hiperemotiva, hipomaníaca, esquizotímica, paranoica.
2) Síndromes mentales con debilitamiento temporario de la autonomía psíquica. Este grupo engloba a las neurosis: neurastenia, psicastenia, neurosis histérica, neurosis emotiva (o neurosis de angustia) y a una forma de epilepsia llamada genuina o esencial. También incluye a una forma premonitoria de la esquizofrenia y de la demencia paralítica, según la propuesta de Bosch.
3) Síndromes mentales con pérdida completa y temporánea de la autonomía psíquica, incluyen en este grupo a las psicosis que se caracterizan por

profundas perturbaciones de la personalidad psíquica y necesitan tiempo para volver a su equilibrio normal. Las clases de psicosis que se presentan en este grupo son: Psicasténica, Neurasténica, Histérica, Distímica, Epiléptica, Esquizofrénica, Paralítica (Parálisis General Progresiva); agregando un subgrupo dado por formas infecciosas, intoxicaciones y traumatismos. Este último subgrupo está formado por distintos tipos de delirios en donde se incluyen el delirio alcohólico y el morfínico.

4) Síndromes mentales con falta de desarrollo de la autonomía psíquica, se trata de sujetos que han sufrido una detención en su desarrollo cerebral, es el caso de las oligofrenias.
5) Síndromes mentales con pérdida completa y duradera (o definitiva) de la autonomía psíquica: son las demencias. En este grupo están incluidas tanto la demencia senil como la demencia precoz y la demencias por infección, intoxicación, traumatismo o afecciones cerebrales que son: paralítica (P.G.P), coreica, epiléptica, meningítica, alcohólica y traumática.

Es interesante observar como se diferencia a la esquizofrenia de la demencia precoz, manteniéndose los dos diagnósticos como entidades diferenciales. La esquizofrenia es considerada como curable y la demencia precoz como incurable, por lo tanto la segunda pertenece al último grupo en cuanto la pérdida de autonomía psíquica es completa y duradera.

Según refiere Bosch acerca de esta clasificación: “Establecemos en ella la necesidad práctica de diferenciar las psicosis propiamente dichas y las demencias, teniendo en el grupo de las primeras a aquellas afecciones que comprometen el psiquismo sin que este compromiso sea definitivo, y en el de la segunda, o sea las demencias, las que adquieren un compromiso definitivo por ser la consecuencia de un cuadro anatómico lesional, irreversible, por consiguiente.” (Bosch, 1945).

En cada grupo de la clasificación nos encontramos con la misma patología que puede presentarse de un modo más deficitario y con menor autonomía psíquica en la agrupación siguiente. Esto se observa no solo en el caso de la esquizofrenia, sino también en el de la histeria, la epilepsia, las parálisis, etc.

Según este planteo al sostener gran parte de las enfermedades mentales como curables se justifica el pensar en una acción preventiva y en la necesidad de crear nuevas instituciones de tratamiento no asilar por parte del Estado.

Por otra parte, en la observación de las Historias Clínicas de 1930 se encuentra en el diseño una diferenciación entre el diagnóstico provisorio y el diagnóstico definitivo, pero esta diferenciación no es utilizada por los médicos hasta 1938. Se comienza a utilizar entonces un diagnóstico provisorio expresado bajo la forma del síndrome, el estado o el episodio, que se realiza al ser recibido el paciente en la guardia o en el departamento de Admisión. Y un segundo diagnóstico definitivo dado por el médico del servicio en que se interna el paciente, este diagnóstico no está expresado bajo la forma del síndrome sino que corresponde a los criterios de la psiquiatría clásica.

El diseño general de la historia clínica en el Hospital se modifica a lo largo del tiempo. En el año 1930 estaba dividido en: "historia clínica" con los datos del paciente, una investigación anamnésica sobre las enfermedades familiares, los antecedentes personales del paciente: primera, segunda infancia, pubertad y edad adulta donde se debían incluir la enfermedades del mismo y el desarrollo general. Seguido por la "evolución de la enfermedad actual", un "examen somático" con el detalle de los caracteres antropométricos y morfológicos, un "examen de las funciones vegetativas, neurológicas y la motilidad", "examen de la sensibilidad" y un "boletín psicológico" que incluía el grado de atención, memoria, senso-percepción, imaginación, lenguaje, juicio, afectividad, voluntad y sueño.

Entre 1936 y 1942 la historia clínica se reduce a los antecedentes personales y familiares del paciente, a los que se suman un examen físico y neurológico únicamente.

A partir del año 1942 se modifica la estructura de la historia clínica encabezada ahora por una "ficha de antecedentes" mucho más detallada: se solicitan los datos de todos los familiares (abuelos, padre, madre, hermanos, primos, descendencia), se solicitan datos sobre enfermedades de los familiares (alcoholismo, sífilis, tuberculosis, enfermedad mental y nerviosa), como también la causa y edad de la muerte de los mismos. Esta ficha se acompaña de los datos del paciente desde el nacimiento hasta los siete años que incluye entre otros las enfermedades de la infancia, *el*

comportamiento familiar y el *ambiente en que se crío.* Seguida por los datos del paciente desde los siete años hasta la adolescencia, donde se observan la conducta, las costumbres, los cambios de humor los conflictos (íntimos, ambientales, legales), se incluye la pregunta: *¿era considerado normal?* En tercer lugar desde la adolescencia hasta la edad adulta se observan: el trabajo, la sociabilidad, el matrimonio y la actividad sexual, el medio social, la posición económica, el ambiente y se consigna si hubo cambios en la modalidad de la conducta.

La Clasificación Sanitaria de Ramón Carrillo.

En octubre de 1949 se cambia la denominación "Hospicio de las Mercedes" por la de "Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres".

Ramón Carrillo nombrado en 1946 Ministro de Salud Pública de la Nación durante la presidencia de Perón, fue médico egresado con medalla de oro de la Universidad de Buenos Aires, especializado en neurocirugía y Profesor Titular de Neurocirugía de la Universidad de Buenos Aires en 1943.

Carrillo, propone en el año 1950 un nuevo criterio que permita trabajar con diferenciaciones claras formulando una clasificación "sanitaria y racional" para la enfermedades mentales.

Las categorías diagnósticas debían posibilitar el fácil reconocimiento "de un enfermero, médico o juez" (Carrillo, 1950). Las cinco categorías más generales proponen diferencias objetivas y observables. Cada grupo es dividido a su vez en patologías primitivas o secundarias, y algunos diferencian ciertas patologías de causa ignota. En tercer lugar la clasificación dentro del subgrupo pretende nombrar de forma exhaustiva todas las formas y variantes en que se presenta la enfermedad.

A partir del año 1950 la clasificación de Carrillo aparece en las historias clínicas agregada a través de un sello que se estampa en la contratapa de las mismas. El diseño estructural de las Historias no se modifica hasta el año 1954 en que el cuadro de Clasificación de Carrillo aparece al comienzo de las historias, seguido de un apartado que permite dar cuenta de la variación en el curso evolutivo y de la especificación de la derivación que debe darse al paciente según el diagnóstico resultante. Las mismas son:

Grupo Nº 1.- Afrenia-Demencia Irreversible	Colonia
Grupo Nº 2.- Disfrenia- Psicosis remisible o curable	Hospital
Grupo Nº 3.- Kindinofrenia- Peligrosidad manifiesta	Kindinocomio
Grupo Nº 4.- Oligofrenias- Retardo por insuficiencia mental	Hogar
Grupo Nº 5.- Peirofrenias- Neurosis y/o personalidad psicopática	Sanatorio

Al completar el cuadro diagnóstico se obtiene un número, indicado según sea su grupo, subgrupo, tipo, subtipo, entidad, forma, variante, subvariante y especie. Una vez completa la clasificación arroja un número resultante de nueve cifras que va a ser el código que responda al diagnóstico del paciente.

Esta especificación excesiva lleva a la confusión y muchos cuadros no son completados por los médicos en las historias clínicas, que finalizan por expresar solamente un diagnóstico de acuerdo a la nosología clásica.

Por otra parte la clasificación de Carrillo propone un tipo diferente de tratamiento para cada una de las cinco formas más generales de diagnóstico. Así para las Afrenias indica la laborterapia, para las Disfrenias la fisioterapia, para las Kindinofrenias la terapia enmendativa, para las Oligofrenias la terapia pedagógica, y finalmente para las Peirofrenias o Fronterizos indica la psicoterapia.

De esta clasificación su autor nos dirá que algunos nombres fueron inventados por él y que son verdaderos neologismos que le permiten pensar la especificidad de la patología.

Uno de los conceptos inventados por Carrillo es el de Kindinofrenia, se trata de los sujetos con perversión de los instintos ya sea primitiva o secundaria a una enfermedad mental diversa, según el autor.

En relación al término “disfrenia” refiere en una nota al pie que “fue conocida por el subscripto en un trabajo del doctor E. E. Kraft… pero el doctor Kraft la emplea con otro significado. Yo la hago sinónimo de psicosis” (Carrillo, 1950)

En una publicación de *La Semana Médica* de 1944 el doctor Eduardo Krapf se refiere a los disfrénicos como los “fronterizos” también conocidos como “personalidades psicopáticas” por la designación inglesa o alemana, para Carrillo los

fronterizos corresponden al grupo de las peirofrenias, utilizando disfrénia para denominar a las psicosis.

En el año 1957 aparece tachado en varias historias clínicas el cuadro de clasificación de Carrillo con una inscripción que dice: “Vergüenza Nacional”, a este cuadro de clasificación ya resistido por los médicos del hospital por su dificultad práctica, se le sumó una resistencia ideológico política.

Conclusión:

La principal diferencia entre ambos cuadros de clasificación es que: en el criterio adoptado por Ciampi y Bosch se trata de agrupar de acuerdo a los grados de autonomía psíquica del paciente, y en cambio la clasificación de Carrillo pone el acento en la atención nosocomial que debía dársele al mismo. Así a diferencia de la clasificación de Bosch, Carrillo incluye el cuadro al que denomina Kindinofrenia (compuesto por los sujetos peligrosos) que deben ser llevados a los manicomios penales.

Por otro lado Carrillo agrupa en un mismo cuadro llamado Peirofrenia las neurosis y las personalidades psicopáticas que deben ser atendidas en el Sanatorio. En la nosografía de Bosch estos dos cuadros estaban diferenciados ya que se propone para las neurosis un mayor debilitamiento de la autonomía psíquica que para los constitucionales, nombre dado a las personalidades psicopáticas o perversiones.

En la observación de las historias clínicas del hospital de las Mercedes (actualmente Hospital Borda) estos cuadros de clasificación propuestos sólo fueron implementados para una división en grandes grupos que permiten tomar decisiones jurídicas o sanitarias, conservándose los cuadros de clasificación de la nosografía clásica para el diagnóstico definitivo del paciente.

En este sentido la clasificación de Carrillo parece haber tenido menor impacto en las historias, ya que el código de clasificación numérico que arrojaba generaba confusión en cuanto al diagnóstico y se decidía finalmente por expresarlo en palabras.
Las dos propuestas de clasificación tardaron varios años en ser adoptadas por el hospital y en generar modificaciones en el diseño de las historias clínicas.

Bibliografía:

Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica.* Buenos Aires: Manantial.

Bosch, G. (1932). *Anormalidades de la personalidad.* Buenos Aires. Amorrortu.

Bosch, G. (1945). Psicosis preseniles. En *Temas actuales de psicología normal y patológica.* Editorial Médico Quirúrgica.

Bosch, G., Ciampi, L. (1998) Clasificación de las enfermedades mentales. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina- Nº5.* Editorial Polemos

Carofile, A. (2000). Un psiquiatra alemán en la Argentina: Eduardo Enrique Krapf (1901-1963). *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría Nº 42. Volumen 11,*302-307.

Carrillo, R. (2006). Ramón Carrillo: una Clasificación sanitaria de los enfermos mentales para la psiquiatría argentina. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría Nº 69 Volumen 17,* 384-391.

García Novarini, R. (1999). Ramón Carrillo. Una perspectiva sanitaria de la psiquiatría. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina Nº8.* Polemos.

Gentile, A.S. (2000). *Ensayos históricos sobre psicoanálisis y psicología*. Rosario: Editorial Fundación Ross.

Guerrino, A. A. (1982). *La psiquiatría Argentina.* Buenos Aires: Editores Cuatro.

Kirsch, U. (2001). Gonzalo Bosch: transformación del concepto de locura y entrada de la psicología en el discurso psiquiátrico. En Rossi, L. y colab. *Psicología: su inscripción universitaria como profesión*. Buenos Aires: Eudeba.

Kirsch, U. (2001). Prácticas clínicas y política asistencial en la década del 30. En Rossi, L. y colab. *Psicología: su inscripción universitaria como profesión*. Buenos Aires: Eudeba.

Klappenbach, H. (1999). El movimiento de la Liga Argentina de Higiene Mental. En *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina Nº10.* Buenos Aires: Editorial Polemos.

Krapf, E. E. (1944). Los disfrénicos. Personalidades psicopáticas (Su concepto y clasificación): *La Semana Médica, Año LI Nº 7,* 309-316.

Loudet, O. y Loudet, O. (1971) *Historia de la Psiquiatría en Argentina*. Buenos Aires: Troquel.

Miranda, M., Vallejo, G. (2005) *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latín.* Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Ríos, J. C., Ruiz, R., Stagnaro, J.C., Weissmann, P. (comp.) (2000). *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Historia y Memoria.* Bueno Aires. Editorial Polemos.

Rossi, L. (2001) Instituciones de Psicología aplicada según períodos políticos y cambios demográficos en Argentina. Vestigios de Profesionalización. En Rossi, L. y colab. *Psicología: su inscripción universitaria como profesión*. Buenos Aires: Editorial Eudeba.

Saurí, J. J. (1996). *Historia de las ideas psiquiátricas- El naturalismo psiquiátrico*. Buenos Aires: Editorial Lohlé- Lumen.

ALGUNAS CONCLUSIONES EN LA INVESTIGACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES- ARGENTINA 1900-1957.[30]

Navarlaz, Vanesa

Nombre de la Institución: Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires- Historia de la Psicología -Cátedra II- Ubacyt P046: *Psicología en Argentina (1900-1957): Criterios Psicológicos e Indicios de Subjetividad en Registros Formales de Documentación: Historias Clínicas, Fichas, Informes, según Contextos Políticos y Áreas Profesionales.* 2008-2010.

Resumen:

En el marco de la investigación *"Presencia del Discurso Psicológico en la representación de los Cuadros Clínicos de las Publicaciones Periódicas e Historias Clínicas de la Psiquiatría Argentina en los Años 1900-1955"*.se identificaron los cambios nosológicos establecidos en los diagnósticos psiquiátricos que se encontraban en las historias clínicas y publicaciones, dentro de una diferenciación de períodos históricos, que se basa en las modificaciones en el contexto político y social de producción. Los datos se correlacionaron con los diferentes modelos de salud mental y los criterios de clasificación de los enfermos mentales que se utilizaron en el Hospicio de las Mercedes para cada período. En este artículo se intenta sistematizar la información obtenida dentro de los parámetros que se analizaron en los diferentes escritos, ubicando los cambios que conciernen a la incorporación de criterios psicológicos en el área de la salud mental en Argentina.

Palabras clave: Psicología- Historia- Diagnósticos- Psiquiatría

---

[30] II Congreso. XVII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 2010. En prensa.

Titulo- SOME CONCLUSIONS IN THE INVESTIGATION OF THE DIAGNOSES USED IN CLINICAL HISTORIES OF THE HOSPICIO DE LAS MERCEDES - ARGENTINA 1900-1957. -

Abstract: Within the framework of the investigation "Presence of the Psychological discourse in the representation of the Clinical Pictures of Periodic Publications and Clinical Histories of Argentina Psychiatry in 1900-1955" .se identified the nosological changes established in the psychiatric diagnoses that were in clinical histories and publications, within a differentiation of historical periods, that is based on the changes in the political and social context of production. The data correlated with the different models from mental health and the criteria of classification of the mental patients who were used in the Hospicio de las Mercedes for every period. In this article I try to systematize the data obtained within the parameters that were analyzed in different writings, locating the changes that concern the incorporation of psychological criteria in the area of the mental health in Argentina.

Key words: Psychology History Diagnoses Psychiatry

Introducción:

La investigación llevada a cabo se propuso identificar la presencia en el discurso médico psiquiátrico de indicadores que pudieran dar cuenta de la incorporación de términos y supuestos psicológicos en la etiología de las enfermedades mentales. El período histórico estudiado abarca desde el año 1900 hasta 1955; este lapso de tiempo fue dividido en sub.-períodos que se corresponden con dos tipos diferentes de formas de gobierno: la primera en la que es manifiesta una búsqueda de participación social (democracias de participación ampliada) y la segunda en la que la participación social es restringida (democracias de participación restringida).

El objetivo era ver de qué manera se concebían los trastornos psíquicos en la representación psiquiátrica de la enfermedad que se implementaba en cada uno de los períodos estudiados. Teniendo en cuenta que la psiquiatría cumplía a la vez con una función de control social al ser convocada desde diversos proyectos políticos para

la construcción de parámetros de salud y enfermedad que permitieran justificar diferentes acciones de regulación social.

Para responder a este objetivo se estudiaron dentro de cada período histórico las clasificaciones mentales que se utilizaron en el Hospicio de las Mercedes, los modelos de las historias clínicas del Hospicio, los diagnósticos utilizados en las historias clínicas y los artículos de las publicaciones periódicas que dieran cuenta de las clasificaciones diagnósticas y los modelos psiquiátricos adoptados.

Se pretendió detectar también si el interés por el discurso psicológico en las publicaciones psiquiátricas estaba asociado a momentos históricos de mayor participación social (o democrática).

Primer período 1900-1916:

En el primer período de democracia de participación restringida se observó una orientación psiquiátrica organicista en los artículos relevados de la publicación ***"Archivos de Criminología, Medicina Legal y Psiquiatría" (1902-1913),*** los diagnósticos más utilizados fueron: *alcoholismo, histeria, locura, degeneración y epilepsia*. Asimismo, se encontraron diagnósticos que adjudicaban la causa de la enfermedad a la herencia degenerativa en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes; en los que se encontró la utilización predominante del diagnóstico: "*Delirio polimorfo de los Degenerados".*

El modelo de clasificación de las enfermedades mentales que se utilizó en el Hospicio en este período es el propuesto por Lucio Meléndez en 1887, en donde los cuadros diagnósticos se dividen en seis grupos que circunscriben distintos tipos de *Locura (maníaca, lipemaníaca, orgánicas, neuropáticas, tóxicas, mixtas)*[22]. Todos estos grupos hacen referencia a algún trastorno del cerebro, el S.N.C., o la herencia degenerativa.

La herencia y la degeneración eran los supuestos con que se pretendía explicar la predisposición a desarrollar éstos tipos de locura. Los aportes de la psiquiatría europea que influyeron en el desarrollo de ésta nosología fueron (entre otros) la teoría de la degeneración de Morel y la antropología criminológica de Lombroso.

En las historias clínicas del laboratorio de anatomopatología del Hospicio de las Mercedes se puede observar la búsqueda de necropsias producidas por la herencia.

Los estudios del laboratorio de anatomía intentaban determinar la relación entre la locura y la atrofia o hipertrofia de ciertas regiones cerebrales. [23]

La evidencia de la suposición de un trastorno orgánico hereditario se puede observar también en las historias clínicas de mujeres del Hospital Esteves en donde el diagnóstico de las enfermas se relacionaba con la medida del cráneo. Así, se pudo encontrar en la primera página de las historias clínicas de mujeres un índice craneométrico que debía ser llenado por el médico al ingreso de la paciente a la institución.

Segundo período 1916-1930:

Aproximadamente alrededor de 1920 se tiende a acentuar la importancia de las enfermedades adquiridas, lo que se explica por la incorporación en el organismo de un agente externo, como es el caso de las intoxicaciones e infecciones. Dichos agentes podían llevar al desarrollo de la enfermedad en el organismo, sin necesidad de la intervención del factor hereditario.

A partir de 1923 deja de utilizarse el diagnóstico de *degeneración* en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes; en su lugar aparece la *demencia precoz*. Al mismo tiempo deja de utilizarse el término *degeneración* en los artículos publicados en la "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal".

El nuevo diagnóstico de demencia precoz se relaciona con la necesidad de pensar a la enfermedad mental más allá de la herencia orgánica, tomando en cuenta la posibilidad de que la afección sea adquirida y no hereditaria. La demencia precoz ha sido definida por Kraepelin como "una serie de estados, cuya característica común es una destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica. Los efectos de este daño predominan en la vida emocional y volitiva de la vida mental."[24]

Según Berrios[25] con éste diagnóstico los síntomas fueron "psicologizados", al considerarse a algunos de ellos como productos de un trastorno de la voluntad y no del funcionamiento del sistema motor.

Así, pudimos observar en un trabajo sobre las estadísticas en la Colonia Cabred del año 1920, realizado por el Dr. Fernando Gorriti la presencia fundamental de tres grandes formas clínicas: la demencia precoz, el alcoholismo, y la degeneración (llamada por

Gorriti *Psicosis de los Incompletos*). Esta estadística fue elaborada en un momento de transición entre éstos dos períodos significativos: el primero basado en una explicación degenerativa de la enfermedad mental y el que comienza alrededor de 1920 que propone explicaciones más "psicológicas" para los trastornos mentales.

Tercer período: 1930- 1944/46:

En la década del treinta se abandona la explicación orgánica (genotípica) de la enfermedad mental; se buscará explicar la causalidad de las enfermedades a través del concepto de patologías constitucionales: la presencia de un factor realizador externo, interviene en el desencadenamiento de la enfermedad. Este factor puede ser psicológico, social, o ambiental.

Es decir, que no se trata ya de un agente externo biológico, como en el caso de las infecciones, sino que se abandona el modelo de base orgánica para acentuar la posibilidad del desarrollo de la patología en contacto con factores desencadenantes del ambiente. En esta concepción el interés va a estar puesto en la capacidad de autonomía psíquica (o consciencia) que conserve la persona. El criterio de clasificación que se utiliza en el Hospicio de las Mercedes en éste período es el de los Dres. Bosch y Ciampi.[26] Ésta clasificación se basa en la evaluación de distintos grados continuos en los que puede ser afectada la conciencia. Se evalúa, entonces, la capacidad de "autonomía psíquica" que tiene el paciente y se lo diagnóstica según el grado de autonomía que posee. Este criterio de clasificación que se especifico bajo los nombres de síndromes o estados, sólo fue utilizado en el diagnóstico presuntivo de los pacientes de ingreso en la institución; utilizándose para el diagnóstico de internación los modelos clasificatorios de la Psiquiatría Alemana (Kraepelin, Bleuler)

El diagnóstico preponderante en las historias clínicas del Hospicio a partir de 1936 es *esquizofrenia*, sustituyendo al de demencia precoz, lo que implica que la enfermedad mental comenzará a ser pensada según su evolución. Se llega a sostener -incluso al mismo tiempo- la aplicación de demencia precoz para trastornos irreversibles y esquizofrenia para psicosis que son curables y que pueden ser tratadas por fuera de la institución asilar.

Cuarto período: 1946- 1955:

A partir del año 1942 las historias clínicas del Hospicio se modifican, pasando a llamarse *ficha de antecedentes*, en la misma se toman los datos de la infancia y adolescencia del paciente, en donde se considera la conducta, los cambios de humor y conflictos psíquicos del mismo, se observa también la vida de relación y específicamente para la edad adulta la actividad sexual y el matrimonio. En 1950 el Hospicio de las Mercedes pasa a llamarse "Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres" y el año siguiente el Dr. Ramón Carrillo, Ministro de Salud Pública de la Nación, publica una nueva clasificación psiquiátrica "sanitarista" para las enfermedades mentales. Esta clasificación que es contemporánea al primer manual diagnóstico "DSM" está formada por un código numérico que corresponde a un análisis de la especie, subespecie y tipo de enfermedad mental del paciente, y es acompañada por una indicación de la institución a la que debe ser derivado según el tipo de tratamiento que necesite. Esta clasificación fue muy poco utilizada en el Hospital a pesar de que formó parte de una nueva modificación en el diseño de la historia clínica que se realizó en 1954.

Los diagnósticos de la clasificación Carrillo se dividen en cinco grandes grupos, todos ellos llevan en el nombre la terminación "frenia", lo que nos permite pensar en una clasificación de base neurológica.

Además de las instituciones psiquiátricas asilares tradicionales existentes que atendían la mayor parte de las demandas en salud mental se crean nuevas instituciones para el tratamiento Psicoterapéutico de las Neurosis o Peirofrenias. Una de las instituciones que se dedicará a este tratamiento es el Hospital Ameghino. Este período coincide con el arribo del psicoanálisis a las instituciones de Salud Mental.

La importancia del psicoanálisis se refleja también en los artículos sobre neurosis, histeria y psicoanálisis que se encuentran en las publicaciones periódicas entre las que se destacan: "Revista de Psiquiatría y Criminología", "Revista de Psicoanálisis" y "Psique en la Universidad".

Conclusión:

A través de las transformaciones que se dan en las nosologías utilizadas en las historias clínicas del Hospicio se pueden ubicar distintos supuestos etiológicos que se relacionan con diferentes concepciones de la enfermedad mental. Estas concepciones van dando lugar a la presencia de diversos modos de inclusión de lo *psíquico*, ya sea como parte del trastorno, o como referencia acerca de los cambios en la conducta o el ambiente que se encuentran en relación con la enfermedad.

Bibliografía:

Berrios, G.(2008) *Historia de los síntomas de los trastornos mentales.* México. Editorial Fondo de Cultura Económica.

Bosch, G., Ciampi, L. (1998) Clasificación de las enfermedades mentales. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina- Nº5.* Editorial Polemos

Kraepelin, E. (1996) *La Demencia Precoz*. Buenos Aires. Editorial Polemos.

Navarlaz, V. (2009) Los diagnósticos psiquiátricos del Hospicio de las Mercedes desde 1930 hasta 1946, una comparación de las nosografías utilizadas. En, ACTA psiquiátrica y psicológica de América Latina. Volumen 55, Nº 1 del mes de marzo de 2009. ISSN: 0001-6896

Navarlaz, V; Miranda, M. (2009) La hipótesis de la degeneración en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y la Colonia Cabred entre los años 1900 y 1930. XVI Anuario de la Facultad de Psicología UBA. Buenos Aires. Secretaria de Investigaciones.

Rossi, L; Navarlaz, V. (2009) "*Transformaciones discursivas en el diseño de las historias clínicas. Argentina1900-1957*", Memorias del 1º Congreso Internacional de Investigación y Práctica en psicología; XVI Jornadas de Investigación; Vº Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur; Buenos Aires .República Argentina. (pp. 441-3) Tomo III.

Saurí, J. J. (1996). *Historia de las ideas psiquiátricas- El naturalismo psiquiátrico*. Buenos Aires: Editorial Lohlé- Lumen.

DOCUMENTOS FUNDACIONALES DE FICHAS, ESQUELAS, HISTORIAS CLÍNICAS. PSICOLOGÍA EN ARGENTINA 1920-1940[31]

Rossi, Lucía; Ibarra, Florencia

Documentos fundacionales de Fichas, esquelas, historias clínicas

Psicología en Argentina 1920-1940

Autoras:
Prof. Dra. Lucía A Rossi
Prof. Lic. Florencia Ibarra

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Psicología.
UBACyT

[31] Poster: XXIII Congreso Sociedad Interamericana de Psicología, Guatemala, 2009

OBJETIVOS

- Rastrear las fuentes originales que inspiran diseños formales de relevamientos de datos buscando explicitar nexos de derivación y dependencia.
- Comparación: búsqueda de coincidencias, similitudes, paralelismos, diferencias.
- Superposición, independencia, vigencia de modelos.

METODOLOGÍA

Análisis de discurso:

- Cruces transversales, comparando diferentes lógicas intradiscursivas y diseños.
- Perspectivas longitudinales, derivaciones genealógicas, cambios sutiles, atenuados, por diferencia de contexto histórico y de géneros

SCHEDDA BIOGRAFICA

- Italia, fines del XIX, Sante de Sanctis
- Campo de aplicación área educativa, población infantil
- Cuestionario: antecedentes hereditarios, antecedentes personales. Notas psicológicas (atención, memoria, inteligencia, imaginación y sueño, emocionabilidad). Muchos datos psicológicos son relevados exclusivamente del interrogatorio al sujeto (Cómo se llama, cuántos años tiene, se siente siempre bien, qué hace si se siente muy mal,sabe qué es la recompensa y el castigo .
- La esquela concluyen con un Resumen en donde se consigna el Diagnóstico y el pronóstico.

Esquela biográfica 1924-1929

- Argentina. Democracia de participación política ampliada. Inclusión social de hijos de inmigrantes a clases medias urbanas.
- Instituto de Psicología. Laboratorio de Psicología Experimental Consejo Nacional de Educación
- Primer intento de estudio sistematizado de la población escolar infantil en escuela primaria pública.

Items:

- Examen Anamnésico
- Examen Somático: morfología y atipias físicas;
- Examen Fisiopsicologico: sensibilidad general, sentidos, mímica, gestos. Examen Psicológico: atención, memoria, ideación, asociación.
- Examen Psicológico Experimental: (Binet, de Sanctis) anomalías del carácter.

Comparaciones intra e interdiscursivas

- Similitudes: La misma denominación, y criterios organizativos del cuestionario. De aplicación en el ámbito educativo.
- Se comparte el criterio fisiológico y experimental en psicología.
- Examen clínico y diagnóstico de carácter psiquiátrico, con escasa formalización de pruebas psicológicas, a cargo del médico.

CERTIFICADOS: Gaetan de Clarembault

- Experiencia clínico criminológica del psiquiatra francés. Maestro de l'Infirmerie Especial, luego Depot Municipal des aliennées de la Prefectura de la Policía de París. Certificateur.
- Sospechosos de enfermedad mental. 11 celdas de hombres y 7 de mujeres, 2000 pacientes por año. Criminales, prostitutas, enfermos, vagabundos. Intoxicaciones alcohólicas, por haschis, éter.
- 13.000 Fichas (1920-1933). Reproducen la "mirada" clínica, "fotografismo" minucioso para dejar fijada una sintomatología compleja en situación de urgencia médico-legal. Mínimos detalles de la vestimenta; análisis fino del lenguaje y del comportamiento, dominio de los silencios, crea una situación emocional propicia.

Ficha médico-legal,1915-29 Argentina,Depósito de Menores

- **Institución**: Policía Federal, Sección Menores, División Judicial, Servicio Médico Legal
- Antecedentes de la familia
- Antecedentes del menor. Descripción física, edad.
- Antecedentes del ambiente
- Instrucción
- Facultades intelectuales
- Psicometría: Escala por puntuación de Yerkesbridges. Edad mental: Pruebas: Dibujos- completar, copiar, recordar; memoria de números- orden inverso; frases- repetir, definir objetos, escribir y comprender, analogías, comparaciones, ordenar. 20 ítems. Juicio y razonamiento
- Reincidencia y conclusiones: internación en la Colonia Gándara para aprender un oficio

Comparaciones:

Similitudes:

Descripciones minuciosas, detalladas

Clasificación y diagnóstico

Intencionalidad de derivación (altas o institucionalización)

Importacia conferida a la "emocionalidad"

Diferencias:

Focalizada en población infantil. Para resolver problemas legales de minoridad: derivación institucional

Se incluye evaluación de facultades intelectuales.

Leo Kanner, Child Guidance Clinics, U. John Hopkins

- ***Historia clínica,*** instrumento de trabajo, orientadora: 3 enfoques
- 1. Problema y **estado actual del niño**. Enfermedad actual, motivo de consulta. Antecedentes familiares. **Niñez de los padres**. Vínculos intrafamiliares
- 2. **Historia personal**. Etapas del desarrollo, alimentación, lenguaje, juego. Enfermedades. **Desempeño cotidiano**
- 3. Historia continua: consideración intima y de vida de relación durante el tratamiento. (psicoterapia)

HISTORIAS CLÍNICAS. Telma Reca, 1934, Argentina

- Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. Sección de Higiene y psicopatología infantil. La considera una Guía
- Relevamientos ambientales (vivienda) y desempeño social (hábitos, humor).
- Entrevista interdisciplinaria con la madre
- Personalidad, problemas, conflictos, emociones: dinámica de las fuerzas que actúan sobre él, busca retomar la evolución la armonía funcional

Derivaciones discursivas

- **Similitudes**.
- El rol orientador y de guía de la historia clínica como instrumento

- **Diferencias**:
- Relevamientos ambientales (vivienda) y desempeño social con descriptores complejos y detallados.
- Entrevista interdisciplinaria con la madre
- Personalidad, problemas, conflictos, emociones: dinámica de las fuerzas que actúan sobre él, busca retomar la evolución la armonía funcional

Algunas aproximaciones conclusivas

- Derivaciones directas:
- Denominación, nomenclatura, organización de los 3 pares de documentos comparados.
- Intencionalidad, inserción institucional, población
- Diferenciaciones:
- Adaptaciones contexto situacional, social,
- Aclimataciones discursivas a problemáticas locales. Enfoques psicológicos nítidos sobre subjetividad, emocionalidad

BIBLIOGRAFIA

Dr Gaetan Clerambault (1872-1934) Maestro de L'infermerie. Certificaterur"(1995), Madrid, Extra Editorial.

Anales del Instituto de Pediatría y Puericultura, Tomos 1935 a 1941, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, UBA.

Kanner, L; Harold,K (1927). La Psiquiatría infantil, clasificación y examen psíquico y social. Compilador: Freedman, AM, Buenos, Aires, Paidós, 1978.

Rodríguez Sturla, P (2009): "Las características de la Historia Clínica psiquiátrica infantil en Telma Reca", En prensa.

REGISTROS DOCUMENTADOS DE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA Y NOCIONES DE SUBJETIVIDAD IMPLÍCITAS EN ARGENTINA (1900-1957). SU ARTICULACIÓN CON LOS CONTEXTOS POLÍTICOS Y ÁREAS PREPROFESIONALES[32]

Rossi, Lucía; Ibarra, Florencia

1. Resumen.

Historias clínicas, fichas biotipológicas, protocolos, entrevistas, son documentos escritos que registran el modo en que las prácticas son efectivamente llevadas a cabo. Constituyen instancias de construcción de consensos discursivos, conceptuales y modos de acceder a la práctica que avalan las condiciones de producción del saber en un momento determinado. La contextualización histórica de estos documentos permite mostrar la confluencia de las variables sociales, políticas e ideológicas en el análisis de los mismos ya que el material abordado se constituye en la estabilización de un proceso de construcción discursiva que da cuenta de la elaboración de *saberes* legitimados. El estudio de esta materia invita a reflexionar acerca del modo de comprender la subjetividad, la concepción diagnóstica y clínica, y las prácticas que han sido posibles en cada caso. El trabajo presenta una primera aproximación a la sistematización de estos registros de acuerdo a los distintos contextos políticos que enmarcan su aparición y la emergencia de los sesgos preprofesionales que quedan involucrados.

2. Introducción.

Las distintas concepciones de psicología que se sostienen en un período quedan impresas y cristalizadas en los diseños que se utilizan para registrar los datos que se atribuyen al sujeto psicológico al mismo tiempo que lo definen como tal en ese momento. Estos diseños no son ajenos a una intencionalidad tendiente a formalizar presupuestos sobre lo que se entiende por subjetividad, ya que pueden ser enmarcados en cierta lógica de búsqueda. Así el diseño – que muestra los criterios, las jerarquías y los datos que se consideran significativos y relevantes de ser considerados- implica una manera de concebir la subjetividad y en especial la construcción de un sujeto psicológicos que será convocado a través de las mismas. En las fichas, historias clínicas, protocolos utilizados para el relevamiento se deja de manifiesto una intencionalidad que delimita cierta dimensión del sujeto requerida. El estudio sobre su conformación

[32] **XV Jornadas de Investigación. Cuarto encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 7, 8 y 9 de Agosto, 2008, Tomo III, pp.339-341 – ISSN-1667-6750.**

contribuye a esclarecer estas coordenadas convocantes.

Los registros formales de indagación psicológica constituyen documentos escritos, archivados, firmados y que generalmente tienen sede en instituciones cuya significación no es indiferente a la hora de explicitar intencionalidades de relevamiento sistemático. Implican una idea o concepto de psicología, una concepción epistemológica de lo "psíquico" que involucra tanto una idea de clasificación de dificultades y de disfuncionalidades, como un pronóstico y eventual indicación de tratamiento u orientación De ahí que esclarecer sus objetivos resulte clave a la hora conferir nitidez a la dimensión psicológica del sujeto y a la idea de psicología.

Desde las consideraciones acerca de la psicoterapia en "Histeria y Sugestión" (Ingenieros, J. 1904) hasta la primera edición de "Psicoterapia en la Infancia" de Telma Reca (1951) el recurso a la psicología forma parte de la argumentación que fundamenta las prácticas clínico – criminológicas, asistenciales, educacionales, laborales y psicoterapéuticas que se consignan en el período preprofesional en Argentina. En lo que sigue se realizará una primera aproximación a la sistematización de dicho material de acuerdo a las coordenadas políticas de cada período en el que quedan implicadas.

3. Desarrollo.

Criterios psicológicos implicados en los registros documentados y su relación con los períodos políticos en el País.

Las distintas formas en que se ha concebido lo psicológico, la definición de sujeto y subjetividad que quedan implicadas en los registros formales de documentaciones encuentran relacionados con las expectativas sociales de cada contexto político. Al mismo tiempo, dicho marco permite la aparición o no de determinados sesgos pre-profesionales. Los resultados obtenidos en los proyectos de investigación realizados (Proyecto Ubacyt: TP41 *Corrientes conceptuales implícitas en la creación de la carrera de Psicología de la UBA* - P 057 2001-2003 "*Psicología en Argentina: indicios, antecedentes y modalidades de formación sistemática. Presencia en la profesionalización universitaria*", y P 041 2004 – 2007 **"***Presencia del discurso psicológico en las publicaciones periódicas en Argentina (1928 – 1962)"*), permitieron reconocer que la presencia de discurso psicológico en el período preprofesional forma parte de los recursos argumentales que fundamentan las prácticas que efectivamente tuvieron lugar.

1900-1918

Las formas clínicas y que articulan locura, simulación y criminalidad en los alienados delincuentes, registrados por Ingenieros, dan cuenta de la concepción de la subjetividad posible en el marco del positivismo. Este abordaje se encuentra en consonancia con un régimen de democracia restringida donde la clasificación como así también la terapéutica condice con una política de orden social.

Este momento, enmarcado por la gran inmigración del período conservador, las políticas sociales apuntan a diferenciar lo normal de lo patológico. Lo patológico tendrá un destino de institucionalización que en este momento opera como forma de control social. El hospicio y la cárcel adquieren así su función primordial en este período: deslindar locos de delincuentes.

En este momento, donde podemos ubicar una fuerte presencia del sesgo clínico-criminológico, las nociones psiquiátricas y criminológicas aparecen en los ***informes médico – legales***. Ingenieros (1908) define el aspecto clínico por la herencia y la degeneración recortando la simulación de la locura en los delincuentes. Se explicita así la influencia que el autor tiene en la clínica psiquiátrica francesa.

Dentro del marco así definido, ubicamos que en el área psiquiátrica prevalecen las ***Historias clínicas*** en donde, sus diseños iniciales, muestran las coordenadas del sujeto definidas por la herencia y la organicidad que han sido inspiradas en la psiquiatría francesa. También aparecen registrados los antecedentes ambientales y familiares que aportarán datos para el diagnóstico en este momento. Un ejemplo de la forma de relevamiento clínico de este momento lo constituye el ***Testimonio Mental*** que es un cuestionario entregado a los ingresantes entre 1901-1920 a la Colonia Nacional de Alienados, Open Door, Provincia de Buenos Aires.

El sesgo criminológico aparece, en este momento, relevando datos a partir de "***fichas***", por ejemplo la ***Ficha Criminológica*** (1907) que tiene sede en la Dirección General de Institutos Penales perteneciente al Instituto de Clasificación del Ministerio de Justicia e Instrucción pública y la ***Ficha Médica*** (1904) que incluye un examen psicológico la cual tiene sede en la Colonia Nacional de Menores Varones de Marcos Paz.

También tienen lugar el ***Cuaderno Médico Psicológico*** de la Oficina de Estudios Médicos Legales de la Cárcel de Encausados de la Ciudad de Buenos Aires (1905-1907).

En el área educativa, mientras tanto aparece la ***Ficha antropométrica*** (1902) con sede en el Gabinete de Psicologia Experimental del Colegio Nacional y del Laboratorio de Psicología Experimental de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires en donde tiene sede Horacio Piñero.

1918-1930

La década del ’20, enmarcada en un período de democracia de participación ampliada, supone ya un sujeto activo que es percibido en sus posibilidades en cuanto a la educación, el trabajo y la prevención. La higiene social pone el énfasis en la higiene infantil en tanto ésta constituye un área de prevención que se considera relevante. Se torna prevalente la educación diferencial y la psicología correctiva, así como también tienen lugar la psicotecnia y la orientación profesional.

El modelo krausista inspirado en el gobierno de Irigoyen inaugura una concepción de la subjetividad diferente a la establecida en el modelo clínico-criminológico de principios de siglo. Surgen prácticas orientadas a lo asistencial, a lo educativo y lo laboral constituyéndose así en un abanico de sesgos preprofesionales que se verán discontinuados en el tiempo.

Dentro del sesgo laboral, los Consejeros Profesionales aplican ***Pruebas de Aptitud*** (1928 con sede en el Instituto Psicotécnico de Orientación Profesional) en las que la vocación, la intencionalidad o el anhelo deciden en la orientación. Se trata tanto de encontrar un candidato adecuado para un puesto de trabajo, como de buscar la profesión o el oficio que más se ajuste a las características de una persona. También podemos mencionar las ***Ficha del Gabinete Psico Fisiológico del Palomar*** (aprox. 1923) con sede en la Dirección General de Aeronáutica del Ejército Argentino que ofrecen un cuadro sintético de las pruebas y exámenes a que son sometidos los candidatos a la aviación militar y personal navegante en actividad, la ***Ficha del Gabinete Psico fisiológico de la Armada,*** 1927 y la ***Ficha del Gabinete Psicofisiológico de la Asociación Civil*** en 1928.

En el área social se destaca la ***Ficha social*** (1928, con sede en la carrera de Asistentes Sociales del Museo Social Argentino) en donde se registra el seguimiento del niño. La asistentes sociales componen en sucesivos relevamientos su historia, recopilando la situación psicológica del implicado.

Dentro del sesgo educacional aparecen las ***Esquelas pedagógicas*** (1928, con sede en el Instituto de Psicología Experimental a cargo de los Doctores Tonina y Morzone; Consejo Nacional de Educación).

1930-1945

En un nuevo período de participación restringida en lo político, la década del ’30, oscila entre la Higiene Mental y la Biotipología. La preocupación por el futuro poblacional deviene en una tendencia eugénica y en una medicina social de fundamento biotipológico. Desde el Instituto de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social se promueve la ***Ficha Hereditaria Constitucional*** (Rossi, A. 1941) en las que los factores de herencia son considerados decisivos para el

establecimiento del biotipo, del genotipo étnico en la prevención del desarrollo de enfermedades y en las que el factor psíquico interviene solamente en carácter de estímulo de la herencia de particularidades adquiridas. Arturo Rossi propone a su vez la ***Ficha psíquica de normalidad*** (1945, en su "Tratado teórico-práctico de Biotipología y Ortogénesis") y la ***Ficha ortogenética escolar,*** (1934, A. Rossi, Dirección Escolar Pcia Bs As) que es de administración obligatoria.

Bosch estudia a partir del *Diagrama del Biotipo* de Pende, los tipos morfológicos de Kretschmer, Jung, Bleuler, los planos de actuación de Mira y López, los *síndromes mentales* de las personalidades anormales.

Esta tendencia también incluye la ***Ficha criminológica*** con sede en la Dirección de Institutos Penales (Anexo psiquiátrico central); el ***Boletín médico-psicológico*** (1932) de O. Loudet con sede en el Instituto de Criminología y la ***Historia clínica-criminológica*** (1932) también de O. Loudet que aparece en los *Anales del Instituto de Psicología.*

Se privilegian los estudios sobre la infancia, por ejemplo, Carolina Tobar García trabaja con criterios higiénicos y psiquiátricos (oligofrenias, retardos) centrados en educación mientras que Telma Reca (neurosis y psicosis) introduce la psicoterapia en el sesgo clínico. En este momento, los protocolos son variados: Fichas Psicofisiológicas de C. Tobar García (1934), Ficha Ortogenética Escolar (Dirección Escolar de la Pcia. de Buenos Aires).

También se puede mencionar la Clasificación de síndromes mentales de las personalidades anormales de G. Bosch y la *Clasificación funcional* de G. Bosch- G. Ciampi en 1930.

1946-1955

En 1948 se crea el Ministerio de Salud Pública. El Plan Quinquenal promueve la creación del Hospital de Neurosis y Peirofrenias A. Ameghino y de Centros de Orientación Vocacional y Educativa. También promueve la orientación educacional y profesional: Moreno, (Dirección de Educación de La Plata), Placido Horas, (Dirección de Psicología Escolar de San Luis) y los Auxiliares en Psiquiatría (MSPyAS, Buenos Aires), aproximan criterios psiquiátricos de aplicación educativa. Serebrinsky desde la Escuela de Psicoterapia Cultural de la Infancia (1953 y 1957) y los Auxiliares en Psicotecnia de la Universidad de Litoral, aportan criterios psicotécnicos (Crespi, 1941) y psiquiátricos (Lambruschini), mientras que J. Bernstein introduce el psicodiagnóstico proyectivo de aplicación educativa.

El sesgo clínico queda representado en 1948 por R. Moreno quien realiza un viraje hacia el psicodiagnóstico, incluye pruebas proyectivas e integra la orientación educativa y profesional (COVE).

Se incluyen las entrevistas familiares en los diagnósticos ambientales de Visitadoras sociales y Asistentes sociales. Surgen los psicodiagnósticos: (tests proyectivos, pronóstico y psicoterapia). Se destaca precursor, el proyecto de Telma Reca del Consultorio de Psicopatología Infanto Juvenil (Hospital de Clínicas, de la UBA, (1934-1966) con cantidad de casos.

En el Area Laboral educacional podemos mencionar la creación en 1948 de los **Consejos**: Centros de Orientación Vocacional y Educativa, sede Bernasconi. Dirección Escolar Pcia de Buenos Aires y San Luis.

En el Area Clínica perviven las ***Historias clínicas*** con un rediseño que incluye las nuevas nosografías de R. Carrillo, Hospital de Neurosis y Peirofrenias Ameghino.

4. Algunas conclusiones preliminares

El análisis de protocolos (fichas, historias clínicas), muestra una variedad de diseños formales que convocan la dimensión psicológica del sujeto, según la intencionalidad del dispositivo institucional que las enmarca, y las exigencias que imponen los cambiantes marcos de las políticas sociales. Esta documentación escrita conforma un *corpus* relevante de ser investigado. Su sitematización según contextos político sociales (democracia de participación política ampliada y restringida) y áreas profesionales (criminológica, clínica, educacional, laboral), permite reconstruir las condiciones de aplicación. El análisis formal del intradiscurso permite reconocer secuencias genealógicas y la comparación interdiscursiva detecta diferenciaciones de género: las "historias clínicas" longitudinales, procesuales, (antecedentes, diagnóstico, pronóstico), prevalecen en instituciones criminológicas – psiquiátricas. Las "fichas", (psicofisiológicas, biotipológicas) descriptivas, horizontales, indican disfunciones educativas o procuran orientación laboral. Ambas articulan la unicidad con la serie, la primera descubre la dimensión psicológica del sujeto concreto en el contenido de "historias vivas"; la segunda abre al abordaje cualitativo y cuantitativo (actores, agentes, destinatarios), permitiendo visualizar el impacto según cantidad de protocolos y vigencia.

5. Bibliografía.

Fuentes Primarias

Boletín Médico Psicológico (1932), Instituto de Criminología, Penitenciaria Nacional de Buenos Aires.

Boletín anamnésico y psicológico (1915), Cabred, Colonia Torres.

Cuadernillo para consignar informes de familia, antecedentes personales, examen físico psíquico de los menores, Patronato Nacional de Menores, Ministerio de Justicia e

Instrucción Publica, Hogar Santa Rosa.

Cuaderno Médico Psicológico, Oficina de Estudios Médicos Legales de la Cárcel de Encausados de la Ciudad de Buenos Aires (1905-1907).

Esquelas pedagógicas (1928) Instituto de Psicología experimental. Dres Tonina, Morzone. Consejo Nacional de Educación

Ficha antropométrica (1902), Gabinete de Psicologia experimental, Colegio Nacional, Laboratorio de Psicología Experimental, Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires.

Ficha Criminológica, Dirección General de Institutos Penales, Instituto de Clasificación, Ministerio de Justicia e Instrucción pública (desde 1907).

Ficha del alumno, Consejo Nacional de Educación, Ministerio de Justicia, Instrucción Publica, Inspección Médica Escolar, Ministerio de Justicia, 1945.

Ficha Hereditaria Constitucional (1941), Rossi, A., Instituto de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social.

Ficha del Gabinete Psico Fisiológico del Palomar, Dirección General de Aeronáutica, Ejército Argentino, Cuadro sintético del Dr. Agesilao Milano de las pruebas y exámenes a que son sometidos los candidatos a la aviación militar y personal navegante en actividad (aprox. 1923).

Ficha del Gabinete Psico fisiológico de la Armada, 1927, sin datos.

Ficha del Gabinete Psicofisiológico de la Asociación Civil en 1928, sin datos.

Ficha Médica (que incluye examen psicológico), (1904) Colonia Nacional de menores varones, Marcos Paz. 1904.

Ficha Médico Legal, Departamento Médico Legal de la Penitenciaria Nacional, 1905. Creada por Carlos de Arenaza (se encuentran Fichas Médicos Legales de este tipo desde 1905 hasta 1938).

Ficha Médico Legal, Servicio Médico Legal, Sección Menores, Policía de la Capital, División Judicial (1929 o 1919), sin datos.

Ficha ortogenética escolar Obligatoria(1934) A. Rossi, Dirección Escolar Pcia Bs As.

Ficha psíquica de normalidad, en Rossi, A. (1945) "Tratado teórico-práctico de Biotipología y Ortogénesis".

Ficha psicofisiológica, (1932), Cuerpo Médico Escolar, Consejo Nacional de Educación, Dra Carolina Tobar García.

Ficha social (1928), Asistentes sociales del Museo Social Argentino –Universidad de Buenos Aires.

Historia de Clínica Criminológica, Penitenciaria Nacional de Buenos Aires, Instituto de Criminología, Director Osvaldo Loudet, creada por Osvaldo Loudet (1932).

Informes Médico Forenses, Korn, A. (1902), Donación Gellini, 71543, La Plata.

Historias Clínicas, Colonia Nacional de Alienados Hospital Interzonal Dr. Domingo Cabred, 1899, Open Door, Provincia de Buenos Aires.

Testimonio Mental, Cuestionario entregado a los ingresantes entre 1901-1920, Colonia Nacional de Alienados, Open Door, Provincia de Buenos Aires.

DOCUMENTOS Y REVISTAS

Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, Tomo I, N° 1 – 20, 1933 – 1934; Tomo II, nº21-40, 1934-1935; Tomo III, N° 41 – 67, 1935 – 1936; Tomo I, N° 1 – 20, 1933 – 1934; Tomo II, N° 21 – 40, 1934 – 1935; Tomo III, N° 41 – 67, 1935 – 1941.

Anales de Psicotecnia editados desde 1941 a 1943 por la Comisión de Psicotecnia del Instituto Joaquín V. González. Rosario, Santa Fé.

Anales del Instituto de Investigaciones pedagógicas. Universidad Nacional de Cuyo (53-56).

Anales del Instituto de Pediatría y Puericultura (1935-1941), Bs. As., UBA.

Boletín de Racionalización del Trabajo editado desde 1953 hasta 1957 por el Instituto de Psicotecnia y Orientación Profesional de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Tucumán bajo la dirección de Benjamín Aybar.

Boletín del Museo Social Argentino, órgano oficial del Museo Social Argentino, editado desde 1912 hasta 1957, nº 66, 1926; Año XIX, 1931; Año XVIII, 1930; Año XXI, 1932, Abril Junio, 1932.

Boletín de Salud Mental, Año III, n º 5, Buenos Aires, Julio de 1963.

Consejo Consultivo (1948) "La atención de los enfermos en el Instituto de Psicopatología Aplicada", Secretaría de Salud Pública de la Nación, República Argentina.

La Prensa Médica Argentina, "Sobre un caso de locura moral", Año 11, nº16, 10/11/1915.

Revista Infancia y Juventud del Patronato Nacional de la Infancia, editada desde 1938 hasta 1944, nº22 al 25, publicación trimestral impreso en los Talleres Gráficos del Hogar Ricardo Gutiérrez, Gallegos, J.(1940) *Hogar Santa Rosa, Casa de Observación y de Clasificación*.

Revista Argentina de Higiene Mental editada desde 1936 hasta 1947 bajo la dirección de Mario Sbarbi.

Revista de la Liga Argentina de Higiene Mental, órgano oficial de la Liga Argentina de Higiene Mental, publicación trimestral, 1930, 1931. Dirección de Gonzalo Bosch.

Revista de Pediología dependiente del Instituto de Pediología, Sociedad Científica Argentina, editada desde 1937 a 1941.

Fuentes Secundarias.

Falcone, R. (2001) "Relevamiento de algunas propuestas de formación sistemática en Psicología preprofesional de los años 30 en Argentina, En *IX Congreso Metropolitano de Psicología*, Asociación de Psicólogos de Bs.As.

Falcone, R. (2003) "Carrera de asistentes sociales e historia de las prácticas asistenciales en Argentina" en Investigaciones en Psicología, *Revista del Instituto de Psicología*, Facultad de Psicología, U.B.A., Año 8 n° 3.

Rossi, L. (1995) *Psicología : Secuencias instituyentes para una profesión*, Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Rossi,L (1997) *La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas*, Buenos Aires, Eudeba,

Rossi, L. (2001) *Psicología : su inscripción universitaria como profesión*, Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Rossi, L. ; Falcone, R. (2003), "Líneas de formación preprofesional y su incorporación a la profesionalización universitaria" en *Memorias XI Congreso Argentino de Psicología*, Universidad de Cuyo, Pcia. De San Juan (en prensa).

Rossi, L. (2005) *Psicología en Argentina. Vestigios de profesionalización temprana*, J.V.E., Bs.As., Ediciones.

COORDENADAS DE LA SUBJETIVIDAD EN HISTORIA PERSONAL, AFECTIVIDAD, CONDUCTA E INTEGRACIÓN SOCIAL. ARGENTINA (1904-1948): FICHAS Y ESQUELAS, ÁREA EDUCACIONAL Y CRIMINOLÓGICA[33]

Rossi, Lucía

Resumen:

Este trabajo propone relevar indicadores de afectividad (emocionalidad, impulsividad, valoración) en diseños formales de relevamiento de datos (fichas, esquelas, etc) en 2 secuencias seriadas una referida al área Criminológica (5 documentos) - otra educacional, 5 documentos. A través del análisis de discurso aplicado a documentos históricos se caracterizará su presencia en ítems específicos (diseño, ubicación, definiciones, insistencias prevalencias, composición) y se considerarán en referencia a ítems tematizados como "historia personal", acto o conducta, socialización e integración. Se compararán movimientos y cambios de significación referidos al item específico, en cada serie de documentación por área, relevando transiciones e invariancias a fin de ensayar un perfil diferenciado que caracterice cada área (criminológica y educacional). Se trabajará en una apreciación de la ubicación de ítems de "afectividad" según como aparezca asociado, remitido o referenciado en relación a los de inteligencia, acto, sociabilidad. Se profundizará en la relación entre "Control del acto" y socialización y afectividad, para aproximar el entramado de implicancias que permita situar las coordenadas de subjetividad en cada caso.

PALABRAS CLAVE: Argentina- Fichas: criminología- educación; afectividad- acto

Introducción

Un primer análisis descriptivo de cada fuente permitirá una apreciación del diseño y situación de los indicadores de afectividad, a fin de detectar el grado de presencia del ítem, (ausencia, débil presencia, gran expansión) y relevar as recurrencias discursivas y

[33] *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis* Volumen 10 (2009) 333- 342 ISSN 1851-4812

terminológicas tanto en el nombre del item como en su composición, términos que aparecen recurrentemente asociados.

Un acercamiento que permita desentrañar cómo funciona el anudamiento entre afectividad e inteligencia (y los roles que se adjudican) en el control del acto- en la tensión entre "educabilidad"- "peligrosidad". La intención es esbozar qué idea de sujeto queda implícito y cómo se concibe su integración social.

I

Se considerará una primera serie de documentos del área criminológica- educacional, con énfasis en infancia:

1. El **Examen Fisiopsíquico** entre 1904 y 1908 de la Colonia Nacional de Menores de Marcos Paz, aplicado a niños pupilos, propone una Clasificación fisio-psíquica (H. Piñero). Además del examen médico, el Examen psicológico es realizado directamente por el Director,"por conocimiento íntimo". La prueba abre con el Item Inteligencia, seguido por el de Vida afectiva-activa. El título muestra ambos aspectos intrínsecamente ligados al estar asociados en un mismo ítem. El afectivo, aparece definido significativamente en dos direcciones: sentimientos referidos a la familia, sociedad, moral; y referidos al sujeto,"amor propio, pudor, sentido moral". La actividad se abre un abanico: normal- asthénico -impulsivo, inestable, voluntarioso, considerado en gradaciones cualitativas. Observamos que Impulso y Voluntad, aparecen en el mismo arco de energía, llamativamente diferenciado de *Instintos* (desagregado en tipos y considerado en sus desviaciones)

En "Conclusiones",.la "Personalidad es definida en términos de adaptabilidad.

La escuela provee información sobre "intereses, gustos y aptitudes"; Juegos y Hábitos, con descriptores concretos: "vagancia, mendicidad, juegos de azar, pendencias, alcoholismo, prostitución, perversión". Conducta: premios, castigos. La **Clasificación**: considera la Incidencia del factor ambiental: inadaptación social, abandono con ficha color blanco; factor individual: afectivo, inteligente, dócil, voluntarioso, ficha verde- en contrapartida: inafectivo, retardado, díscolo, impulsivo, ficha amarilla; o pervertido, delincuente por tendencias instintivas ficha roja. Finalmente el **Concepto general** está formulada como adaptación social: oficio, hábitos de trabajo perseverancia, educación moral, ahorros

2. **Boletín anamnésico y psicológico** de 1915, Colonia Torres; Comisión de Asilo y Hospitales regionales, Cabred. Selección de niños según educabilidad: debilidad: leve, mediana o profunda. Boletín anamnésico: Cuestionario de 84 preguntas para indagar origen de la debilidad. Enfermedades, irregularidades craneanas. Boletín Psicológico: test de inteligencia Binet-Simon; Boletín mensual de progreso intelectual. Gimnasia y Talleres

3. **Ficha médico legal**, entre 1915-1929 Servicio Médico-Legal, División judicial de la Sección Menores de la Policía Federal.

Antecedentes familiares, del menor y ambientales. Pruebas de inteligencia para establecer edad mental. Internación para aprender un oficio.

4. **Ficha Psicológica** del Tribunal de Menores, 1927. Consta de 5 partes. En I. Antecedentes, se rastrean datos personales y sociales. En II, en serie con Estudio de: Funciones intelectuales. Afectividad. Voluntad. Constitución mental. Carácter. Conducta. Instintos y tendencias. IV. Diagnóstico psicológico. V. Conclusiones: Pronóstico. Educabilidad, peligrosidad. Tratamiento, ortopédico mental, higiénico mental.

5. **Ficha-Sin denominación** Hogar de Santa Rosa, Patronato Nacional de Menores. Entre lo criminológico, patológico y educacional, este Formulario con denominación desdibujada más que una Ficha descriptiva diagnóstica, presenta elementos de una historia clínica parece tener influencia de Telma Reca en Antecedentes muestra la complejización de Ítems ambientales; ampliados a "La familia del menor- antecedentes sociales, patológicos y policiales. Vínculos con los progenitores, vivienda, situación económica".

Examen físico- examen intelectual. Vida afectivo activa: aparece desagregado en descriptores concretos de mucha riqueza – conectados con la tradición wundtiana de los criminólogos. "emotividad, humor, tendencias, sexualidad, moralidad, sentimientos, afectos familiares. Actividad, pica o malicia. Juego, risa, hábitos. Aspiraciones aptitudes, temperamento, carácter" que conservan nítidamente el carácter psicológico, sin constituirse en un diagnóstico social. En esta ficha no aparece ni la preocupación por la educabilidad ni por la peligrosidad. Tampoco la palabra "instinto" impulso o voluntad, puede que se trate por que se trata de niñas, se mueve

el formulario en descriptores de matices intermedios. Tampoco se enfatiza el control del acto- ni por medios intelectuales ni por medios sociales.

Consideraciones de esta primera serie.

1 y 4: son antitéticos: el primero fisiológico –positivista, clasificatorio, adaptación social como hábitos de de trabajo y moral, impulsivo o pervertido- próximo a la delincuencia. En forma opuesta, el 4 apunta a diagnóstico pronóstico y tratamiento: balancea peligrosidad y educabilidad.

2 y 3: Si la preocupación es la educabilidad en términos de capacidad intelectual, coincide con la ausencia o mínima presencia de Ítems afectivos.

Todos los documentos conciben la integración social como integración laboral comparten esa preocupación común, proponen la solución por el aprendizaje de un oficio.

El documento más rico en ítems afectivos es el primero. Lo afectivo permite articular lo social y lo psicológico individual. Permite una apreciación del manejo energético-Impulso –voluntad en el control del acto. Los instintos- en su desviación, son considerados en item aparte, ya que se consideran clave de la delincuencia.

Historia personal y vital, familiar y social aparece desagregado en el Item "antecedentes".

Se percibe un tema de tratamiento de género: en los niños varones se insiste con el control de acto mediante la voluntad la inteligencia- educabilidad- tanto en el tema de los malos hábitos-vicios, como la imprescindible integración laboral para neutralizar la delincuencia- atenuar la peligrosidad.

Estas primeras conclusiones nos llevan consultar brevemente 3 documentos de nítido corte criminológico- aplicados a adultos- que implican una decidida teoría de las causas del delito, para profundizar en esta cuestión.

Cuadernos psicológicos, 1907, Cárcel de Encausados, el Examen psicológico comprende, Instintos: (de conservación nutrición sexual, propiedad) Medio ambiente: moral- inmoral. Actuación en el medio ambiente, conducta en el hogar. Causas de

regulación: Instrucción, inteligencia. En tercer lugar sentimientos, afectividad, conciencia, vicios. Delito.

Historia clínica criminológica de O.Loudet en 1932. Además del Examen antropológico, el examen psicológico, comprende lenguaje-idiomas, lectura escritura, trabajo manual; además de los ítems clásicos de inteligencia. En afectividad incluye emotividad, afectividad, pasiones, sentimientos sexuales, religiosos y morales. Voluntad. Síntesis psicológica: temperamento y carácter. Sorprende con un giro decididamente psicopatológico: la diatesis psicopática que incluye, hiperemotividad, mitomanías ciclotimia perversión, Instrucción, inteligencia aparecen como las claves de control del acto. Acto o conducta referido al ambiente moral- entre 1907. Ya en los 30' se amplían los ítems de sentimientos y pasiones, temperamento y carácter con una psicotologización de lo afectivo y restricción de ítems ambientales y sociales, en Loudet

II

Análisis de documentos en el área educacional: como juega el ítem

1. **Esquela Biográfica** (1924-1929) del Instituto de Psicología Experimenteal del Consejo Nacional de Educación. Consta de: Examen Anamnésico, Somático, Psicofisiológico que abarca sensibilidad, sentidos, mímica.

Examen Psicológico- clásico Experimental Binet-De Sanctis. Anormalidades del carácter.

2. **Ficha ortogenética biotipológica** (1934) Arturo Rossi

Datos personales. Familia: padres, religión, profesión. Herencia-Raza. Desarrollo físico y psíquico. Examen morfológico y fisiológico. Examen psicológico: lenguaje, conducta, volición. Afectividad, sentimientos. Tono afectivo, expresividad, emociones. Carácter. Temperamentos, tipos. Instintos, tendencias. Desempeño escolar (moral, religioso, social, patriotismo, deportes. Anormalidad, defectos sociales. Personalidad

3. **Ficha Escolar** (1934) Consejo nacional de educación. Carolina Tobar García

Antecedentes sociales: familia, vivienda. Individuales: Examen médico. Examen Psicopedagógico: Atención, Memoria, Imaginación, Ideación. Temperamento y sentido moral: expansivo, impulsivo, apático, tranquilo, triste, alegre, caprichoso, audaz. Espíritu solidario. Conducta, aseo. Capacidad para el trabajo escolar: laborioso,

ordenado, constante, entusiasta. Aptitudes y actividades relevadas: científicas, artísticas. Inteligencia, significación.

4. **Ficha Integral** (1943) Vallejos Meana, Amalia Herzfeld. Capital y Pcia de Buenos Aires. Examen somático: antecedentes hereditarios y de raza. Intelecto: pruebas. Datos ambientales. Anomalías del carácter y temperamento (personalidad). Se buscan perturbaciones conativo- temperamentales e intelectuales. Corrección de desequilibrios caracterológicos y de temperamento desviado. Mejoramiento enmendativo, orientación moral, reeducación moral colectiva. Sistema integral de prevención social. Formar orientar, elevar el nivel espiritual.

5. **Historia personal del alumno** (1948-1954) Ricardo Moreno. Dirección General de Escuelas, Pcia de Buenos Aires. Psicología. Orientación vocacional. Pruebas psicológicas, de inteligencia, de aptitudes v pruebas proyectivas. Cuestionarios. Observaciones. Entrevistas.

Consideraciones de esta segunda serie:

Hasta la década del 20' prevalecen criterios sensualistas fisiológicos en la descripción de la sensibilidad y afectividad. Examen psicológico sinónimo de inteligencia y su medición Aparece al final "anormalidades del carácter"

Se bascula entre la palabra personalidad y carácter. "

Los documentos de la década del 30, muestran ensanchamiento de los ítems afectivos y la disminución relativa del item "inteligencia" en el examen psicológico. Reaparece la palabra Moral- como en la primera década del período conservador, desagregada en valores religiosos, patrióticos, sociales y en sustitución de "ambiente social". Reaparecen los exámenes antropométricos con clasificaciones sociales como "raza". El ítem Temperamento y sus tipologías reune las nociones instintivas e impulsivas. Aparecen frases como "temperamento y sentido moral". El desempeño escolar muestra la conducta respecto de los valores capacidad para el trabajo escolar, aptitudes y actividades. Carácter y personalidad anormal, referida a defectos sociales.

Esta tendencia de exponencializa en la década del 40' como muestra la "Ficha integral" Antecedentes hereditarios y de raza, "factores ambientales", despojados de su antigua significación ni sociales ni morales. Se busca corregir, enmendar anomalías, desequilibrios, perturbaciones conativas, temperamentales e intelectuales. Se

acrecientan términos como temperamento y carácter- sinónimos de personalidad, en detrimento de descriptores concretos y terminología de la "vida afectiva". La orientación enmendativa moral, espiritual, es un sistema educación moral colectiva y de prevención social- en un nuevo significado atenuado y restringido de "lo social ".

Finalmente, a fines de la década del 40, la Historia personal del alumno psicologiza el abordaje. Cuestionarios, entrevistas, pruebas psicológicas de aptitudes, inteligencia y fundamentalmente la introducción de pruebas proyectivas relevan la problemática afectiva del sujeto.

Conclusiones finales

1. El tema de la afectividad- aparece complejo y referido a la vez a la subjetividad y a lo social – en el programa fisiológico positivista.

Hay documentos afianzados en el concepto de "educabilidad" que prescinden o minimizan esa dimensión del sujeto, adjudican a la inteligencia el resorte de control del acto. Por el contrario documentos del área criminológica- amplifican el resorte- pasional, impulsivo, instintual- como motor del delito.

Adquiere cada vez más importancia en la década del 30 como muestra la expansión de ítems y descriptores. Se observa un vertiginoso eclipse de esa tendencia a medida que crecen los términos temperamento y carácter.

Se redefine a la afectividad como valorativa y se adjudica a la formación moral, un lugar clave en el control de la conducta y la integración social.

A medida que se atenúan los descriptores concretos y terminología de la afectividad como expresión de subjetividad, esta queda atrapada en la problemática de la educación moral del carácter que propone el espiritualismo de la década del 30 y 40. Esta tensión se resuelve con el enfoque humanista de post-guerra, de nítido carácter psicológico que devuelve protagonismo a la subjetividad. El psicodiagnóstico- entrevistas, pruebas proyectivas retoma los criterios psicológicos en la noción de personalidad.

Los criterios de educabilidad y peligrosidad– en sus extremos- entre inteligencia e instintos-, aparecen enmarcados y contextuados en nociones psicológicas de subjetividad. Así la afectividad, en el marco de la personalidad, queda .asociada o referenciado a la socialización y control del acto.

Historias personales y de vida del sujeto, aparecen en las Anamnesis, Antecedentes. La familia, como "ambiente social" y la escolaridad son ítems claves como indicios de socialización. En los 30' se expanden ítems raciales- hereditarios. En los 40' se amplifican descriptores de situación económica, vivienda. El item Ambiente sufre vertiginosos rediseños: moral en el período conservador, ambiente social en la década del 20, regreso a su diseño ambiente moral en el 30 para aparecer atenuado y enmascarado en otros ítems en la década del 40.

2. Recurrencias y desplazamientos:

Afectividad-emotividad-impulsividad son aspectos decisivos en la situación del sujeto en el área de minoridad y en criminología

Actividad, enmarcada entre la voluntad y la impulsividad, incluye hábitos, vicios juego. Creencias intereses y valores inciden en el control del acto que muestra una regulación valorativo afectiva. La actitud del sujeto respecto a lo social, la familia, la ley, definen la adaptabilidad y posibilidades de integración.

Fuentes y documentos

Boletín anamnésico- psicológico(1915); Cabred; Colonia Torres, Pcia de Bs. As

Boletín médico psicológico, Historia clínica criminológica, (1932) Loudet, O, Instituto de Criminología

Esquela biográfica .(1924-9) Consejo Nacional de Educación

Examen fisio-psíquico, (1904);Piñero,H; Instituto de Menores, Marcos Paz

Ficha escolar (1934) Tobar García. Consejo Nacional de Educación

Ficha Integral (1943) Meoane, Dirección Escuelas Pcia Bs As

Ficha Médico- legal, (1915-1929), Policía Federal,

Ficha Ortogenético–biotipológica, (1934) A. Rossi, Instituto de Biotipología Eugenesia y Medicina Social

Ficha Psicológica, (1927)Tribunal de Menores

Ficha Hogar Santa Rosa, Patronato de la Infancia (S/D)

Historia Personal del Alumno,(1948) Moreno,R .Dirección General de Escuelas, Pcia Bs As.

[1] Director de la revista Archivos de Criminología 1902 – 1813

[2] Director de la revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal 1914 - 1927

[3] Desde 1928 dirige la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, a la que re funda en 1936, con el nombre de Revista de Psiquiatría y Criminología.

[4] El primer Director Aguilar, viajaba desde la Capital Federal uno o dos veces por semana. El Dr. Francisco del Carril, que a la renuncia de Aguilar fue el segundo director del Hospital desde 1888 hasta 1894, residió en el Hospital como médico de planta.

[5] Luego de más de 50 años el esfuerzo de Alejandro Korn en ese Hospicio recibió el merecido reconocimiento cuando el 9 de marzo de 1973, el entonces Ministerio de Bienestar Social de la Provincia (por Res.546) propone el nombre de Alejandro Korn al Hospital Interzonal, como merecido reconocimiento *post morten* a la actividad desarrollada en ese extenso periodo de casi 20 años.

[6] Korn fue el primer Director que habita en el Hospital junto a sus enfermos. Dato que no deja de ser importante toda vez que se adjudicaba la falta de mejoría de los pacientes a la ausencia de médicos en los hospicios. Su vivienda corresponde al edificio que en la actualidad ocupa la Dirección y que conserva aún hoy algunas de sus pertenencias. Resulta interesante una anécdota relatada por Martín Sempe en la tertulia del Jockey Club. Alejandro Korn bromeaba haciendo alusión a su larga trayectoria en el hospital de la siguiente manera: "(…) en 1897, el Dr. G.Udaondo, médico y condiscípulo, me llamó y me dijo: a ver, compañero Korn, me dicen que los alienados del Melchor Romero andan dando trabajo. Vaya usted a ver qué es lo que están haciendo y me comunica. Fui a ver que hacían los locos y no me dejaron salir durante 20 años hasta que renuncié. Ningún gobierno me aceptaba la renuncia y tuve que vivir con los locos 20 años" (en "Algo para recordar. Desde 1882 hasta 1969" del Dr. Martín M.Sempe publicado en La Plata, 1969, en documentación hallada en Archivo Histórico "Dr.Ricardo Lebene", La Plata).

[7]Muy pocos de nuestros autores se han ocupado de la obra de alienista A. Korn a diferencia del vasto relevamiento que han realizado sus discípulos de su trayectoria filosófica e intelectual. Encontramos referencias de su actividad hospitalaria en Roberto Ciafardo "Alejandro Korn, alienista eminente", *Revista de la Universidad de La Plata*, 1962, p.177 y ss.; la breve referencia a éste mismo estudio que realiza Osvaldo Loudet (*Historia de la Psiquiatría Argentina*, 1971); y la *Breve reseña histórica* ya citada, en homenaje a los 100 años del Hospital, recopilada por O. Pessino.

[8] "Psicología en Argentina (1900-1957): criterios psicológicos e indicios de subjetividad en registros formales de documentación: historias clínicas, fichas, informes, según contextos políticos y áreas profesionales", Código P046. Dirección Lucía A. Rossi.

[9] El primer *Informe,* fechado en 1897 y dirigido al Ministro del Interior, es un interesantísimo testimonio sobre las condiciones del Hospital del que acababa de hacerse cargo Korn. De acuerdo a su propia impresión el médico argentino escribe: "aquello no es hospital, hospicio, manicomio, ni colonia. Es sencillamente un depósito de locos de ambos sexos, donde no se lleva tratamiento alguno, no puede seguirse una medicación dada o apropiada. Allí no hay clasificaciones patológicas, no existen separados sino los sexos. La manía parcial, el delirio, la melancolía, todo se confunde y se junta en un solo patio, haciendo imposible todo tratamiento y toda esperanza de mejoría (...) aquí se recogen los locos pero no se curan" (Informes, Korn, 1897).

[10] Sobre el trabajo realizado con las nosologías y clasificaciones de otros períodos ver: Navarlaz, V. (2007) "Comparación de los criterios de clasificación de las enfermedades mentales utilizados en el Hospicio de las Mercedes entre los años 1930-1957"En, VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata- Facultad de Psicología. Mar del Plata, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2007. Publicado en soporte digital; Navarlaz, V. (2009) "Los diagnósticos psiquiátricos del Hospicio de las Mercedes desde 1930 hasta 1946, una comparación de las nosografías utilizadas" En, *ACTA psiquiátrica y psicológica de América Latina.* Volumen 55, Nº 1 del mes de marzo de 2009.

[11] Luego en 1893 Kraepelin reúne la hebefrenia, la catatonia y varios delirios de los degenerados con tendencia a la sistematización llamando al grupo "demencia precoz".

[12] El Dr. José T. Borda fue desde 1894 y hasta su muerte en el año 1936 internado voluntario del Hospicio. (Loudet, 1971)

[13] De Veyga, F. "Degeneración y degenerados"

[14] Víctor Mercante (1870-1934) nació en la provincia de Buenos Aires, localidad de Merlo. Inició su carrera como profesor en la provincia de San Juan y luego trabajó en distintos colegios, en nivel secundario. En la Universidad de La Plata se abocó a la investigación psicopedagógica. Fue un conocedor de las corrientes europeas en disciplinas como filosofía, psicología y biología. Su predilección estuvo orientada hacia las teorías positivista y experimentalista. En 1895 conoce a J. Ingenieros, participa en la revista que dirige.

[15] José Ingenieros (1877- 1925), nació en Palermo, Italia. Se radicó en Buenos Aires. De su carrera como médico se destacan valiosos trabajos en el ámbito de la psiquiatría y la criminología. Su tesis, La simulación de la Locura fue premiada por la Academia de Medicina de París y ganadora de la Medalla de Oro de la Academia Nacional de

Medicina de Buenos Aires. Estuvo a cargo del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires (1902-1913).

[16] Sobre el trabajo realizado con los diagnósticos mencionados ver: Navarlaz, V. (2009) *"Antecedentes conceptuales a la noción de perversión utilizados en las historias clínicas del Hospital Estévez (1900-1930)".* Actas del X Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Publicado en formato digital: ISSN: 1851-4812. (pp. 14-23).

[17] Ver: Navarlaz, V. Miranda, M. (2009) *La hipótesis de la degeneración en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y la Colonia Dr. Cabred entre los años 1900 y 1930.* XVI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología U.B.A. Año 2009. ISSN: 0329-5885 (IMPRESA) ISSN: 1851-11686 (EN LÍNEA)

[18] Lombroso, Cesare (1835-1909): médico y criminólogo italiano. Su teoría sobre los delincuentes reconoce en los cráneos de criminales rasgos físicos atávicos que predisponen al crimen.

[19] El contenido de éstas historias clínicas ha sido analizado en: Navarlaz, V. (2009) *"Antecedentes conceptuales a la noción de perversión utilizados en las historias clínicas del Hospital Estévez (1900-1930)".* Actas del X Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Publicado en formato digital: ISSN: 1851-4812. (pp. 14-23).

[20] En la Clasificación que se utilizó en el Hospicio a partir de 1887 los alienados eran clasificados en seis grupos: Locuras Maníacas, Locuras Lipemaníacas, Locuras Tóxicas, Locuras Orgánicas, Locuras Neuropáticas y Locuras Mixtas.

[21] Tesis médicas sobre Alcoholismo: Goenaga, Pedro; Lanas, Carlos; García, Jacobo; Madariaga, Francisco; Gorostiaga, José; Lucotti, Esteban; Péres Tost, Conrado; Rodríguez, Fermín; Sosa, Pastor; Petruzzi, José; Poviña, Luis; Segura, Carlos; Vuono, Domingo; Quiroga, Marcial

[22] Stagnaro, J.C. (1997). Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina. En, Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina. Buenos Aires.

[23] Navarlaz, V; Miranda, M. (2009) La hipótesis de la degeneración en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y la Colonia Cabred entre los años 1900 y 1930. XVI Anuario de la Facultad de Psicología UBA. Buenos Aires. Secretaria de Investigaciones.

[24] Kraepelin, E. (1996) La Demencia Precoz. (pág. 3.)Buenos Aires. Editorial Polemos,

[25] Berrios, G. (2008)- Historia de los síntomas de los trastornos mentales. (pág. 249). México- FCE.

[26] Bosch, G., Ciampi, L. (1998) Clasificación de las enfermedades mentales. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina- Nº5.* Editorial Polemos