

EL TRABAJO DESDE LA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA. ENTRE EL TRATAMIENTO MORAL Y EL PROBLEMA DE LA CRONICIDAD EN EL MANICOMIO DE OLIVA DE CÓRDOBA EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX.¹

Yolanda Eraso *

Introducción

“Quien anda a tientas en el pretérito como en una bodega de trastos con ejemplos y analogías no tiene todavía la más mínima noción de cuánto es lo que depende en un instante dado, traer a presente ese pretérito.”

Walter Benjamin

El propósito de tematizar ciertos aspectos relevantes del *trabajo como terapia de los enfermos mentales en un manicomio público* se conecta, en líneas generales, con los importantes desarrollos, hallazgos y constataciones sobre el papel histórico-social de la Psiquiatría que en diversos países, historiadores y sociólogos vienen realizando desde hace unos treinta años.

En la medida en que la Psiquiatría excedió las nítidas funciones ligadas a la curación de la enfermedad mental, la mirada social fue cada vez más sensible a la hora de iluminar sus contradicciones y excedentes poniendo a prueba los significados políticos y culturales de su accionar. A pesar de contar ya con un importante repertorio de estudios sobre esta especialidad médica, la terapia por el trabajo, tema que constituyó una obsesión para los psiquiatras de fines del siglo XIX y gran parte del XX, es un tópico que, curiosamente, apenas ha captado la atención de los académicos.

Además de estas primeras motivaciones, otras determinaciones alentaron en mi caso un acercamiento a este tema en particular, intersectándose a modo de perspectivas como el epígrafe de Walter Benjamin que abre esta introducción, que más que anticipar un análisis benjaminiano de mi trabajo, pretende exponer

¹ Este artículo se ha realizado en base a la Tesina de Licenciatura, (Eraso:1999) y a la investigación realizada en el Departamento de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca (España), financiada por el Programa de Cooperación Interuniversitaria. En esta ocasión, se han desarrollado nuevos planteos.

* Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades (CIFYH) – U.N.C.

cierta lectura del pasado de un modo menos convencional. Más que buscar en el pasado el “origen” de elementos claves, explicativos o fundantes del presente, es hallar en el presente, de modo en ocasiones imperceptible, ciertos elementos del pasado que hacen imperioso su reconocimiento. La presencia, en este caso, está dada tanto por la práctica actual en el manicomio de Oliva (Pcia. de Córdoba) como en otras instituciones psiquiátricas, de la terapéutica por el trabajo como por un conjunto heterogéneo de proposiciones, cuestionamientos, valorizaciones que, desde distintos agentes de salud mental -aunque no exclusivamente- se erigen en relación a este tema. Ello también me determinó a incursionar en la historia de algo que hoy podríamos juzgar como la terapéutica más antigua de la Psiquiatría, el vestigio más significativo de un pretérito que todavía no lo es del todo, y como tal, debiera decir también, el menos explorado.

En esencia, *trabajo y locura* representan dos grandes objetos emergentes del siglo XVIII, podría decirse, del predominio de la razón Moderna. Ambos se constituyeron a partir de una herencia común: la voluntad de verdad, y la actitud de separar y excluir; el trabajo del ocio y la locura de la razón. Como bien ha señalado Michel Foucault, el espacio cerrado, el manicomio amurallado, será el lugar destinado a unirlos en la “época clásica”:

“Es en cierta experiencia de tipo laboral donde se ha formulado la exigencia –tanto moral como económica, indisolublemente- de la reclusión. [...] En el mundo de la producción y del comercio se han renovado los viejos ritos de excomuniación. En estos sitios de la ociosidad maldita y condenada, en este espacio inventado por una sociedad que descubría en la ley del trabajo una trascendencia ética, es donde va a aparecer la locura, y a crecer pronto, hasta el extremo de anexárselos”.²

Aunque el trabajo en el espacio cerrado institucional no haya sido un tema específicamente abordado, sí es posible, empero, reconocer a través de ciertos estudios histórico sociales, la relación o fundamentación de su práctica –ya sea carcelaria o manicomial- dentro de un campo más amplio de discursos (criminológico, médico, e higienista) que remiten a las propuestas y soluciones de los Reformadores Sociales frente a los conflictos emergentes en la Argentina de entre siglos. En este sentido, si bien trabajos como el de Hugo Vezzetti³ han relacionado la valorización positiva del discurso psiquiátrico sobre el papel terapéutico del trabajo en los enfermos mentales con el propósito de constituir un nuevo sujeto social y moral; no existen prácticamente análisis histórico-institucionales que permitan dar cuenta bajo cuáles principios se desarrolló esa estrategia de moralización por el trabajo en el interior de una institución.

² Foucault, 1967: 63.

³ Me refiero al texto *La locura en la Argentina*, 1985.

Es por ello que quisiera apartarme, en lo posible, de redundar en aquellos fundamentos que en relación a la denominada *cuestión social* han sido profusamente desarrollados y analizar, en cambio, desde el interior de la disciplina psiquiátrica cuáles fueron los fundamentos que los médicos esgrimieron en torno a esta práctica. No obstante, aun pretendiendo profundizar en este sentido, sería preciso no perder de vista cierta conceptualización del trabajo en sí mismo, cuestión ésta medular que finalmente atravesará todos los discursos –incluido el psiquiátrico– que en torno él se formulen. En este sentido me interesa retener para esta lectura aquella idea, predominante y sostenida desde hace aproximadamente un siglo, del trabajo como *esencia* del hombre, es decir, una dimensión cuya textura ha devenido en algo más bien antropológico que lo que en verdad ha sido, una categoría histórica.

Esta actitud se apoya en la premisa de que el trabajo en las sociedades industriales, o en proceso de industrialización como la Argentina de comienzos del siglo XX, constituyó un hecho fundamental, en cuanto a que eran sociedades “basadas en el trabajo” como sostiene Dominique Méda en un estudio reciente. De manera que, además de constituir un factor de la producción, es decir, de la riqueza como lo había visualizado el siglo XVIII, el trabajo será concebido también como la *esencia* del hombre, “desde entonces el trabajo se percibe como contribución al progreso de la humanidad y como el fundamento del vínculo social. Puesto que el trabajo encauza la contribución individual al progreso de la sociedad, finalmente, también es concebido como fuente del desenvolvimiento y del equilibrio de la persona”.⁴

Este lugar fundamental del trabajo puede ser perfectamente aplicado a la concepción dominante en nuestra sociedad en el período al que se viene haciendo referencia, en donde puede inferirse que el valor positivo que se asociaba a él en los distintos discursos implicaba un lugar estructural, cuyo significado era, al mismo tiempo, *económico* (de productividad); de *virtud ciudadana*, lo que lo colocaba como centro del vínculo social -noción que implica un sentimiento contractual de pertenencia y contribución social-; y finalmente, de *progreso económico y social* que sintetiza los otros dos conceptos al subsumirlos en la razón Moderna de destino, *telos* o devenir de la humanidad. Presentados en forma abstracta estos elementos, puede afirmarse que estuvieron presentes en todo el espectro ideológico incluidos los extremos conservador y anarquista, más allá de las distinciones que puedan establecerse entre uno y otro sobre los fundamentos de esa valoración.

Establecidos en líneas muy generales los principios que sustentaban la centralidad del trabajo en la sociedad moderna, y remarcado el sentido antropológico-esencialista con el cual fue investido, me propongo en adelante plantear las pers-

⁴ Méda, 1998: 94.

pectivas que ofrece al análisis el discurso psiquiátrico de los médicos del manicomio de Oliva en cuanto a la justificación de su práctica.

En este sentido, la primera dificultad que se presenta es la de intentar reseñar, con cierto rigor, el pensamiento psiquiátrico local toda vez que en este ejercicio deben contemplarse el pensamiento psiquiátrico europeo y sus transformaciones, principalmente a partir del proceso de somatización de la enfermedad mental a mediados del siglo XIX, y las particularidades que tuvo esa recepción en nuestro país. Ninguno de estos procesos es esquemático o fácilmente localizable: en el primero, por ejemplo, algunos autores han señalado más recientemente cómo la somatización de la enfermedad no implicó un movimiento enteramente disruptor respecto de la primera psiquiatría de Pinel y Esquirol, en donde dominaba una interpretación psicogenética –como en efecto se venía sosteniendo– ya que en ella estaban presentes elementos que abrirían el camino hacia una comprensión somática u organicista de la enfermedad.⁵

Por otra parte, ambos procesos (europeo y argentino) están atravesados no sólo por una cierta concepción de la Ciencia en general, sino también, por complejas circunstancias políticas y sociales que amplifican y operan a favor de su especificidad.

Nuestro caso ofrece la particularidad que durante el primer tercio del siglo XX, momento de consolidación del campo psiquiátrico, es también el momento en que las ideas organicistas o somaticistas sobre la enfermedad mental dominan plenamente en la psiquiatría europea. Sin embargo, y en ello reside su especificidad, aunque se advierte una clara adscripción a este pensamiento, es posible igualmente advertir las referencias a la concepción psicogenética que en Europa se consideraban más bien superadas.

Atendiendo a la recepción de la psiquiatría europea que algunos historiadores han realizado en Argentina, la localización y periodización de sus movimientos ha llevado en ocasiones, a una esquematización riesgosa –entre otras razones porque se ha tendido a identificar este período como organicista–, la cual aprovecharé, en adelante, para intentar tensionarla en el pensamiento de los psiquiatras actuantes en Oliva que son a quienes pretendo ajustarme en este trabajo. Desde este lugar, tal vez podría resultar pretencioso hablar de “psiquiatría argentina” cuando en realidad me estaré restringiendo al pensamiento de los médicos de un sólo manicomio. Sin embargo, la trascendencia que ha tenido Oliva en el escenario argentino admite pensar que una parte nada desdeñable de aquel pensamiento reconocería allí su hechura: por caso, la formación académica que sus médicos internos ejercían en diversas cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba; el polo de atracción en que se convirtió hacia los

⁵ Esta posición si bien no resulta mayoritaria dentro de los historiadores de la Psiquiatría, ha sido sustentada entre otros, por José Luis Peset en su trabajo *Las Heridas de la Ciencia*, 1993.

años '30 para los psiquiatras nacionales y extranjeros de distintas latitudes; y la amplia difusión que los médicos de la institución lograron a través de la publicación de su revista, el *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, durante los años 1933-1942.

Partiendo entonces de las producciones de estos médicos (publicadas e inéditas), me propongo desentrañar en primer lugar, de qué manera aquellas dos tendencias psiquiátricas penetraron y sostuvieron las argumentaciones sobre la terapéutica por el trabajo -especificando los puntos de conexión con las teorías europeas- desde el convencimiento que nuestro discurso psiquiátrico convoca a una reconsideración de sus postulados, a penetrar en su sincretismo y por lo tanto, a huir de identificaciones ligeras.

Por otra parte, y con ello pretendo introducir el segundo aspecto que traeré a consideración en este trabajo, conforme influyeron aquí las ideas biológico-organicistas, especialmente en cuanto a la clínica y diagnóstico de la enfermedad mental, el tema de la "cronicidad", a saber, los enfermos mentales *crónicos* o *incurables*, involucraba un verdadero problema a la asistencia, que se sumaba a la ya creciente demanda de atención de los enfermos mentales según lo indicaba el propio crecimiento de la población -sobre todo inmigrante- en el país: ¿Dónde y cómo atender a un número importante de alienados a los que, por otra parte, la ciencia intuía un pronóstico tan sombrío de curación y reinserción social?

La respuesta, en principio, estará dada por la implementación del modelo de *Asilos Colonia* el que, siguiendo los postulados de la psiquiatría europea, aconsejaba para la mejor asistencia del enfermo tanto agudo como crónico, el tratamiento en libertad (*open door*), la ausencia de métodos de contención física (*non restrain*), el tratamiento en cama (clinoterapia) y la terapéutica por el trabajo que, como observaba el alienista Paul Sérieux en su recorrido por los asilos europeos a principios de siglo, "*en todos los asilos extranjeros que hemos visitado -sobretudo en los asilos colonia- la proporción de enfermos trabajadores es considerable. Por todas partes se le destina una importancia capital al trabajo y, en primera línea, al trabajo agrícola. Hemos visto en diversos asilos-colonia sujetos antes inertes, estúpidos considerados como completamente dementes e incapaces de ser ocupados, o aun como muy peligrosos, que el trabajo al aire libre los ha literalmente transformado*".⁶

Será precisamente la posibilidad de extender y desarrollar a gran escala la terapéutica por el trabajo, lo que con más insistencia se promocionará entre nosotros del nuevo modelo asistencial con relación al tradicional Asilo cerrado urbano. En él, se aseguraba, el enfermo crónico podría trabajar en un sistema que combinaba el trabajo agrícola con el de talleres, contribuyendo de esta for-

⁶ Sérieux, Paul, *L'Assistance des Aliénés. En France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, Imprimerie Municipale, Paris, 1903: 619. Traducción mía.

ma a mejorar el sostenimiento económico institucional, y beneficiándose, al mismo tiempo, de las bondades que el clima y el *medio* rural operarían sobre su salud.⁷ El “Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva”, tal su antigua denominación, habilitado en 1914 bajo la órbita del gobierno Nacional, y destinado a la asistencia de alienados indigentes de ambos sexos, será el establecimiento más importante dentro de este tipo, no sólo por sus amplias dimensiones (600 ha.) sino especialmente, porque durante muchas décadas fue el único destinado a recibir los enfermos del interior del país excluida la Capital Federal, aunque incluso esta última tributó importantes contingentes como “trasladados”.

En lo que aquí me interesa reparar es en el hecho que el enfermo mental, especialmente el crónico incurable, percibido como un verdadero problema desde esta perspectiva, se convertirá en líneas generales, en el destinatario dilecto del discurso psiquiátrico sobre el trabajo. Y desde esta centralidad, posteriormente indagar cómo el discurso médico deslizará también otros argumentos, que se abren a dimensiones más amplias, y que a modo de reforzamiento de sus postulados, sugieren el camino a otras interpretaciones. En ese movimiento pueden detectarse, hacia la década del 30', una lectura social del enfermo mental crónico que devela un esfuerzo por conceptualizar su posición no ya desde la concepción estrictamente psiquiátrica sino desde la social-asistencial.

I. El trabajo y el Tratamiento Moral

Hacia el último tercio del siglo XIX, en nuestro país comienza a producirse lo que Foucault ha denominado el proceso de “objetivación” de la locura en el interior del espacio manicomial. Este proceso va a provocar, en su acción interactuante, algunas implicancias fundamentales: va a erigir la “locura” como objeto de estudio; al manicomio como institución especializada para su tratamiento; va a prefigurar una particular relación entre sus protagonistas fundamentales -los médicos y los pacientes-; y finalmente, va a legitimar socialmente a los primeros como especialistas y a los segundos como sujetos diferenciados dentro del orden social.

En este período la figura destacable fue la del Dr. Lucio Meléndez, director del Hospicio de las Mercedes (1876-1892), a quien se reconoce como el primer receptor e introductor de las ideas pinelianas, sobre todo, de aquellas concepciones relativas al régimen interno y de gobierno de los manicomios. Si interesa en este

⁷ Sobre este punto Cfr. Domingo Cabred “L'assistance des aliénés en République Argentine.” (Discurso pronunciado en la colocación de la piedra fundacional de Oliva el 8 de Diciembre de 1908.) En: *Archives de Neurologie*, Vol.I, 4^a série, Bloud Editeurs, Paris, 1908; y “Discurso Inaugural de la Colonia Nacional de Alienados” en *Vertex*, 1991.

trabajo referenciar algunos aspectos del influjo de Philippe Pinel⁸ en la primera etapa de la conformación del campo psiquiátrico en nuestro país, es sólo con el objeto de señalar aquellos que tendrán efectos perdurables tanto en el discurso médico como en la práctica, aun cuando las concepciones psiquiátricas reconozcan también otras referencias y tutelajes.

Sin duda, la idea central de la teoría de Pinel se sustentaba en la estructura causal de la locura: Si la etiología de la locura, según interpretaba, respondía a una perturbación de la voluntad que impedía al individuo controlar los accesos de furia o una exagerada pasividad, esta causalidad –moral- residía en el interior del individuo, pero, al mismo tiempo, consideraba que aun en ese sujeto enfermo, residía una estructura moral o racional que era necesario reconstruir desde fuera.

Es esencialmente en esta concepción de la locura donde se asentaba entonces, la fundamentación del *Tratamiento Moral*. Este tratamiento consistía básicamente en la introducción de un orden moral y un régimen disciplinario de convivencia en el interior de la institución, a los efectos de ser internalizado en aquel resabio de moral incontaminada que existía en todo enfermo. Ese orden y disciplina debían ser promovidos principalmente por la figura del médico director, quien asumía en ese rol, las representaciones todas de la conducción de la moral burguesa de la época: será padre, juez, gobernador, al mismo tiempo.

En el influjo de autoridad que el médico ejercía en todo el espacio institucional y sobre la conducta del loco en particular, se depositaban las esperanzas de equilibrio y restablecimiento de la razón extraviada. El tratamiento se sustentaba en un programa pedagógico que recurría tanto a la comprensión como al castigo físico, y se sostenía en la asimilación del loco a un niño, que debía ser reeducado en los hábitos y costumbres de la convivencia social.⁹

⁸ Philippe Pinel (1747-1826) ha sido considerado por los historiadores tradicionales de la psiquiatría como el fundador de la disciplina, al reconocérsele como el autor del “acto fundador” de la misma: la “liberación de los locos” en Bicêtre. Para algunos, este reconocimiento sólo puede explicarse en el hecho de que su actuación tuvo lugar durante la Revolución Francesa, a la cual estuvo ligado políticamente.

⁹ Esta asimilación del loco a un niño -que realiza tanto Pinel como su discípulo Esquirol- va a justificar no sólo el empleo de un tratamiento pedagógico sino también, a reclamar una relación tutelar de la locura. Por otra parte, esta asimilación no va a resultar extraña entre nuestros psiquiatras ya que el mismo Ramos Mejía la venía señalando, aunque por otra vertiente del pensamiento francés (Le Bon), en su concepción médico-psicológica del inmigrante recién llegado a la Argentina. Ese sujeto que describe en la “Psicología del Inmigrante” como de “cerebro lento” y “miope en la agudeza psíquica” que “se divierte como un niño, porque lo es; aunque adulto por los años...” Esta idea del inmigrante-niño va a fundamentar, como se sabe, la confianza de Ramos Mejía en un gran proyecto regenerador y moralizante de las masas a través de la educación; proyecto que posteriormente depositará en la Escuela, aunque no exclusivamente en ella, como la institución más segura para llevarlo a cabo. Ramos Mejía, José María, *Las multitudes argentinas*, Secretaría de Cultura de la Nación y Marymar, Buenos Aires, 1994, pág. 180.

En este programa pedagógico-moralizador, el trabajo ocupará un lugar preponderante por varias razones que harán de él una práctica que se continúa implementando en la actualidad, con argumentos no muy distante de aquellos que le dieron nacimiento. Desde una perspectiva terapéutica, el trabajo metódico, regular, tenía la virtud de orientar o canalizar tanto las pulsiones, la energía descontrolada de los enfermos, como la completa indiferencia o abulia, hacia una actividad físico-muscular que, al mismo tiempo, -y allí reside su preferencia respecto de otras actividades físicas- conectaba esa energía con una actividad socialmente valorada. A través de la disciplina laboral, se proponía reeducar al paciente en las normas de la economía burguesa, como expresa Klaus Dörner,¹⁰ en el *valor de la propiedad*, porque los pacientes aprendían a alimentarse a sí mismos y a la casa que los albergaba; en la *división del trabajo*, dado la multiplicidad de tareas que podían desarrollar; y en la *emulación*, toda vez que el grado de curación se medía por el resultado obtenido en el trabajo.

Sin embargo, en los primeros alienistas franceses, como en su primer receptor entre nosotros, Meléndez, el trabajo carece aún de un valor preponderantemente productivo, sino que está más bien orientado en el sentido de una regla moral, como queda establecido: de orden en el establecimiento y de interiorización de las reglas laborales existentes en la sociedad. Esta escasa incidencia de una idea de productividad o de mantenimiento de la institución, debe conectarse con la creencia de la naciente psiquiatría en la posibilidad de cura de las enfermedades mentales, es decir, con un pronóstico optimista de recuperación y de reinserción social de los enfermos.

Si bien Meléndez organiza en el Hospicio de las Mercedes distintos talleres de producción artesanal, dicha organización laboral no será comparable con la dimensión que su discípulo Domingo Cabred¹¹ le otorgará en los asilos colonia. En todo caso, la puesta en marcha de esos talleres parece relacionarse con una comprensión exclusivamente moral de la locura y de su tratamiento, y, en este sentido, con una proyección simbólica en donde el papel central adjudicado al trabajo descansa sobre los valores que para el discurso médico se continúan, sin fisuras, con los de la sociedad en su conjunto respecto a los sujetos que previamente han sido anatematizados.

Pero si aquella proyección simbólica perdurará, lo hará por más tiempo que aquella otra que indica, en primera instancia, la vigencia de las ideas pinelianas sobre la intelección de la enfermedad mental y su causalidad moral. Ya hacia

¹⁰ Dörner, 1974: 197.

¹¹ El Dr. Domingo Cabred fue titular de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires desde 1893, y director del Hospicio de las Mercedes (1893-1916) –sustituyendo en ambos cargos a Meléndez-. También fue director de la “Colonia Nacional de Alienados en Open Door” en Luján (Pcia. de Buenos Aires) desde su habilitación en 1901.

principios de siglo, la psiquiatría argentina expresa, en su alineamiento con los postulados de la psiquiatría europea, su adhesión a las concepciones organicistas. Con el propósito de esclarecer mínimamente las implicancias de esta concepción, podría especificarse lo siguiente: al promediar el siglo XIX, ciertos hallazgos anatómicos avalaban una intelección somática de la enfermedad mental desplazando las causas morales o la psicogénesis (Pinel) a un lugar de menor influencia. El descubrimiento de una lesión orgánica en la parálisis general progresiva, enfermedad que presentaba cuadros de delirio y de demencia, será el hallazgo fundamental que incidirá en el concepto de demencia tenga una lesión orgánica reconocida o no. Si la demencia quedará atrapada en esta causa orgánica pronto se asimilará su pronóstico como irreversible, es decir, será sinónimo de cronicidad e incurabilidad.¹² Las consecuencias de este pensamiento somatista que colocaba al enfermo mental en un determinismo irreversible de incurabilidad, fueron, principalmente, el “nihilismo terapéutico”¹³ y por ende, el encierro de por vida en las instituciones asilares, abriendo una etapa sumamente sombría y escéptica, a la que Robert Castel denominara “la noche manicomial”.

Pero si bien ambas ideas penetrarán en nuestro país, lo harán con ciertas ubicaciones o tendencias: Las ideas pinelianas influirán en el “gobierno” de los manicomios y en la justificación del Tratamiento Moral; en tanto que las ideas biológico-organicistas parecen tener mayor incidencia en la clínica y diagnóstico de las enfermedades mentales. Así parece confirmarlo la reiterada ponderación que Cabred hará sobre la psiquiatría alemana –especialmente de aquellos psiquiatras enrolados dentro de las nuevas tendencias de la clínica, Griesinger, Paeztz, Koeppe– y, en la práctica, con la creación del Laboratorio de Anatomía Patológica en el Hospicio de las Mercedes, para el que designó al alemán Cristofredo Jakob.

Al mismo tiempo, para Cabred la inclusión del trabajo como parte del Tratamiento Moral quedará establecida desde un principio, como se desprende de sus

¹² “Se pasa así de una sintomatología [Pinel] como simple proceso descriptivo, a una semiología por la cual la enfermedad adquiere a la vez un sentido subyacente en sus manifestaciones externas y un potencial evolutivo. Con la teoría de la degeneración se da un paso más, de la semiología a la etiología, lo cual trae consigo una consecuencia inmediata: si se saben o se intuyen las causas de la locura o lo que es más trascendental, si se pueden diagnosticar alienaciones en potencia –mediante la identificación de las causas degenerativas (herencia, intoxicaciones, enfermedades congénitas o adquiridas...), los médicos y la sociedad, podrán poner los medios adecuados para evitarla o prevenirla.” En: Alvarez, Huertas y Peset, 1993: 48 y 49.

¹³ El “nihilismo terapéutico” es una calificación utilizada tal vez primeramente por Dörner y usada frecuentemente entre los historiadores de la psiquiatría, para designar la carencia de recursos tecnológicos y terapéuticos para tratar la enfermedad mental, una vez que el organicismo hubo sentenciado la localización cerebral de las patologías. Con la teoría de la degeneración, el determinismo jugó un papel fundamental en el pronóstico evolutivo de la enfermedad para la cual las terapéuticas existentes del período anterior (psicogénético), se revelaron, de alguna manera, irrelevantes para la recuperación.

palabras inaugurales del Asilo Colonia de Oliva, cuando defina al nuevo modelo asistencial que él promueve, como “*un conjunto de disposiciones de orden material y de régimen interno, que tienden todas a dar al establecimiento el aspecto de un pueblo, a proporcionar a sus moradores la mayor suma de libertad, compatible con su estado de locura, y a hacer del trabajo uno de los elementos más importantes del tratamiento moral.*”¹⁴

Quizás debamos atribuir también al fuerte carácter epigonal de la corporación médica, el hecho de que esta tendencia se sostenga en el tiempo. Por cierto, la figura rectora de Cabred tanto como funcionario del gobierno nacional –a partir 1906 será Presidente de la Honorable Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales,¹⁵ como en el plano académico, le permitirá “elegir” para la conducción de estos hospitales a sus discípulos predilectos, quienes se han formado bajo su dirección como médicos internos de la Colonia Nacional de Alienados en Luján. Tal es el caso del Dr. Emilio Vidal Abal, director del Asilo Colonia de Oliva desde su habilitación hasta el año 1940.

Así, dentro de esta transmisión de la enseñanza –asentada sobre los lazos personales que unían entre sí a los miembros de la jerarquía médica– puede interpretarse que en la primer Memoria Médica Administrativa que el Dr. Vidal Abal eleva a la HCA en 1914 parafraseara prácticamente a Cabred cuando se refiera al trabajo de los alienados:

“El Tratamiento Moral del alienado, por el trabajo, uno de los factores principales, especialmente en Asilos de esta naturaleza, donde el ejercicio de muchas tareas al aire libre, permite, la fácil ocupación de muchos insanos, se ha procurado establecer desde un principio...”¹⁶

Pero no habría que perder de vista que, si no fuera que para ese entonces la psiquiatría europea ha operado transformaciones significativas, la referencia al Tratamiento Moral que ambos realizan no sería en absoluto llamativa. Veamos pues, cuáles fueron los puntos centrales de esa transformación y qué lecturas o incorporaciones los médicos van asumiendo de la misma.

En primer lugar, consideremos que el Tratamiento Moral se sustentaba en una concepción psicogenética (psíquica-moral-social) de la enfermedad mental,

¹⁴ Cabred, Domingo, “L’ assistance des aliénés en République Argentine.” (Discurso pronunciado en la colocación de la piedra fundacional de Oliva el 8 de Diciembre de 1908.) *Op.Cit.*, pág. 165.

¹⁵ Cargo que lo habilitará para decidir la construcción de establecimientos, su ubicación estratégica, discutir sus presupuestos y supervisar las gestiones internas de los hospitales creados bajo su intendencia. La Honorable Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (en adelante, HCA) era una entidad dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la Nación, creada en 1906 y en funciones hasta principios de la década del 40’. Estuvo presidida por Domingo Cabred desde el año 1906 hasta 1929, año de su fallecimiento.

¹⁶ Vidal Abal, E., *Memoria Médico Administrativa de 1914* pág. 13 (en adelante M.M.A.).

y en la creencia de la existencia de un fondo razonable del alienado que lo hacía capaz de recuperar la razón a través de una pedagogía constante. De allí que todo el medio institucional debía convertirse en un espacio pedagógico: el orden y la disciplina debían reinar en absoluto a través del encadenamiento regular y metódico de las actividades –la más importante será el trabajo-, y los médicos debían ser los responsables de reconstruir, a través del influjo tutelar de su palabra, la personalidad desviada.

Sin embargo, el Tratamiento Moral permanecerá a lo largo del siglo XIX en los asilos europeos no tanto bajo la forma de un tratamiento individual o personalizado por la palabra del médico (Pinel); sino en grandes manicomios caracterizados por el hacinamiento, en donde se impartirá, no obstante, como tratamiento colectivo.

Este hecho resulta interesante ya que de alguna manera fue necesario adaptar los principios del Tratamiento Moral a la práctica en la cual se llevaría a cabo: la reclusión colectiva. En este momento, según Rafael Huertas, es cuando “se produce una regresión doctrinal encaminada a hacer desaparecer los cuidados morales individualizados para, pasando por tímidos intentos de proporcionar “diversión” o entretenimiento al loco, llegar a la instauración del “temor como medio de curación”.¹⁷ Esta “regresión” tomará su punto más álgido en el texto del alienista François Leuret *Del tratamiento moral de la locura* (1840) en donde recomienda la aplicación de medios de intimidación, agresión psíquica e incluso física para devolver a la normalidad a unos sujetos que, desde luego, considera como recuperables.

Por otra parte, en esa misma época, en los asilos ingleses las experiencias del “non restrain” (ausencia de contención física) que venían desarrollando los doctores Hill, Charlesworth y Ellis, tomarán hacia 1839 con la llegada de John Conolly, una espectacular notoriedad. En realidad, el “non restrain” significaba una terapéutica opuesta a la de Leuret, ya que tanto la violencia física como la psíquica se consideraban contraproducentes. La terapia se sustentaba en la alimentación, la higiene, la educación y el trabajo pero se ponía especial énfasis en el “trato humanitario” a los pacientes. Refiriéndose al trabajo, Conolly expresaba, “forzar a los alienados a trabajar contra su voluntad, imponerles una obligación que le desagrade así como recurrir a las amenazas, etc., a los que no quieren trabajar, son métodos inhumanos que es necesario evitar”.¹⁸

Cabred, en su repaso de los principios que se tendrán en consideración para el tratamiento de los alienados en Oliva, se ubica decididamente en esta orientación al definir esta experiencia como una verdadera conquista: “una evolución

¹⁷ Huertas, 1988: 132.

¹⁸ Citado por Hernández Ramírez en: “El trabajo como terapéutica de la locura. Continuación.” En: *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, (BAAO), Año 2, N° 6, 1934, pág. 294.

*feliz [dirá] se inició, hace sesenta años, en los asilos de Inglaterra, con la práctica del “non-restrain”, establecida por Charlesworth, Hill, y sobre todo por Conolly, que consiste en la supresión de todo medio de contención mecánica que es reemplazada por sedantes del sistema nervioso, por el aislamiento pasajero en celdas acolchonadas, y por la vigilancia permanente de los enfermeros”.*¹⁹

Sin embargo, y pasado algunos años, debe apuntarse también que entre los médicos de Oliva, siempre consustanciados con la teoría de la psiquiatría francesa en particular, la lectura de Leuret parece haber dejado su impronta cuando, por ejemplo, el Dr. Guillermo Viñas consideraba que el trabajo era “no sólo una medida terapéutica dirigida a combatir la lesión, sino a conservar y enaltecer las cualidades sanas del internado [...] como toda prescripción terapéutica, deben llenarla, mientras estén internados, pues va dirigida a la parte sana del enfermo y en este caso creemos [...] que el “non restrain” debe ser limitado y que las medidas disciplinarias, si son necesarias deben ser aplicadas, teniendo en cuenta que no se dirigen sino a la parte indemne del enfermo, cuya reacción se hace necesario buscar, justamente para evitar que se lesione y se derrumbe junto al resto de la personalidad”.²⁰

Ahora bien, amén de estas lecturas dispares que los médicos van realizando - las que con los años se volverán más eclécticas conforme la ausencia de tratamientos efectivos- el propio Tratamiento Moral tomará también otras derivaciones a contemplar, especialmente, cuando el organicismo o la localización orgánico-cerebral de la enfermedad comience a erigirse en causa preponderante de la alienación hacia mediados del siglo XIX. Desde entonces, la locura se convertirá en algo externo al hombre, una enfermedad corporal y ya no interior, en el sentido de una perturbación de la voluntad o un desenfreno de las pasiones. El Trata-

¹⁹ Cabred, Domingo, “L’ assistance des aliénés en République Argentine.” (Discurso pronunciado en la colocación de la piedra fundacional de Oliva.) *Op.Cit.*, pág. 170.

Sin embargo, Cabred omite o desconoce, que ya en 1877, un informe encargado por el gobierno inglés al Dr. Granville, señala que en el asilo de Hanwell el trabajo de Conolly había languidecido, indicando como posibles causas la falta de dinero y la falta de un contacto personal en el establecimiento; expresando finalmente, “la necesidad de un cambio radical de actitud ante el insano” e insistiendo en que ya no eran suficiente las medidas del *non restrain*. En: Alvarez, Huertas y Peset, 1993: 44.

²⁰ Viñas, Guillermo, *Consideraciones respecto de la situación social de los alienados internados*. En: *BAAO*, Año 5, N° 15, 1937, pág. 28. El Dr. Viñas fue médico interno en Oliva desde el año 1932. Puede observarse la similitud de esta expresión con otra de Leuret: “Los medios morales empleados en el tratamiento de la locura [...] tratan directamente sobre las funciones lesionadas cuando, por las consultas o las observaciones, se procura disuadir un alienado de sus ideas falsas, de sus creencias dañinas; cuando por la persuasión o el ascendente que da la autoridad o la fuerza, se le hace regresar en la vía de la verdad. Se produce una disuasión sobre las funciones que restan intactas, cuando se da a esas funciones una actividad que absorbe todas las facultades y particularmente todas las atenciones del enfermo.” Citado por Huertas, 1988:135. Traducción mía.

miento Moral, como tal, comenzará a languidecer, pero en esta retirada se conservarán, no obstante, partes de su funcionamiento que serán revestidas con nuevas argumentaciones.

Así, siguiendo a algunos autores que han historiado este proceso, podría afirmarse que el Tratamiento Moral adquirirá hacia la segunda mitad del XIX, las características de una terapéutica de *higiene cerebral* en donde el aislamiento, el reposo y el trabajo juegan el papel principal, quedando relegado el aspecto psicoterapéutico, especialmente, aquel que lo ligaba a la palabra del médico. “No se buscará para nada [decía el psiquiatra Georget] hacer razonar a los alienados para conducirlos nuevamente al sentido común, pues sus errores son tan necesarios como los desórdenes de toda función cuyo órgano está enfermo”.²¹

Podría argumentarse entonces, que ciertos componentes del Tratamiento Moral arriba señalados iban a perdurar, pero, acondicionado en sus fundamentos, dentro del organicismo y más aún del “nihilismo terapéutico” que éste había engendrado, bajo dos grandes tendencias:

Por una parte, se atendieron y sistematizaron las medidas *higiénicas* a través de la creación de colonias agrícolas, cuyo modelo fue frecuentemente imitado en los manicomios franceses. Pero, como advierte Dörner, las actividades sistemáticas y el trabajo regular “ya no tenían como objetivo la moralización de los locos, sino crearles un ambiente general y envolvente de orden que a la larga crease orden y armonía en su perturbado organismo”.²²

La otra dirección, aunque centrada igualmente en la higiene, se afianzaba en la *educación* como proponían insistentemente los psiquiatras Buchez y Trélat, con el propósito de penetrar en las ideas que todavía estaban sanas para, de esa forma, poder influir en las enfermas.

Las dos direcciones en que se transformó el Tratamiento Moral en Europa, a mi entender, están presentes en los fundamentos utilizados entre los médicos de Oliva, pero con algunos reparos no menos significativos. Y es que, a diferencia de lo que afirma Dörner cuando analiza el objetivo del trabajo en el período organicista, pienso que nuestros médicos sí perseguían un objetivo moralizador a través del mismo. Esto expresado en relación a sus textos, lo que quiere decir que en la práctica la realidad seguramente fue muy diferente y aquel objetivo puede sospecharse dudoso en cuanto a su efectividad si pensamos, por ejemplo, en la desproporción de pacientes por médicos y de pacientes por empleados. No obs-

²¹ Georget *De la Folie* (1820) en Bercherie, 1993: 35. “Esta posición será ampliamente adoptada y conducirá a la declinación del tratamiento moral de Pinel” afirma Bercherie, pág. 36. Para este autor, la obra del psiquiatra Georget publicada en el año 1820, representa un texto precursor de las ideas organicistas que serán con más fuerza aceptadas al promediar el siglo, junto a las teorías de otros psiquiatras franceses y alemanes.

²² Dörner, 1974: 229 y 230.

tante, las minuciosas disposiciones del reglamento interno de la institución que señalaban al personal el trato “moral” con los pacientes, -cuestión que me he abstenido de señalar aquí por razones obvias de extensión- indicarían que se perseguía este sentido. Pero lo que aquí interesa señalar son los objetivos que ellos tuvieron en mira, y, en este sentido, parece evidente la apuesta en el trabajo, como decía Cabred, como “*modificador mental*”. En él está depositado una capacidad activa, positiva y productora del trabajo en la mentalidad del enfermo que, en definitiva, no está dirigida sino a su moral, es decir, a su comportamiento. De allí también que Vidal Abal continúe sosteniendo todavía en 1919 que “*el trabajo, ha continuado empleándose como recurso de tratamiento en el orden moral y como medio de disciplina y orden por excelencia*”.²³ Una expresión que los psiquiatras europeos probablemente juzgarían –si seguimos el análisis de Dörner o Bercherie- anacrónica.

Pero aun en el marco de la utilización de ese término ya disonante, su contenido también será *aggiornado* con aquellas dos tendencias con las que el viejo continente tímidamente, le había reservado un papel. Así, si el párrafo citado más arriba afirmaba que el Tratamiento Moral por el trabajo era *higiénico* en razón de realizarse al aire libre, también se pondrá énfasis en su potencialidad como *medio* reeducador y favorecedor del orden institucional y de la moral del enfermo. En él subyace un claro presupuesto de su rol didáctico, “*al hacerles adquirir hábitos nuevos y desarrollar aptitudes nuevas*” o en el “*empleo del Trabajo como medio educacional y mantenedor de la disciplina y el tonus moral de los enfermos*”.²⁴

Sin embargo, esta referencia que se hará sobre las potencialidades educativas del trabajo desde el punto de vista *moral*, contrastará a la luz de los fundamentos *psico-fisiológicos* que ya desde 1845, con los descubrimientos sobre los cambios del calor y el trabajo muscular del alemán Robert Mayer, serán considerados en todo el espectro de la psiquiatría europea. Por cierto, también aquí se instalaba el mismo discurso anacrónico. A modo ilustrativo, en los alienistas franceses Voisin y Marie, -a quienes se cita frecuentemente en Oliva-, puede advertirse cómo este rol educador atribuido al trabajo, estaba ligado más a una causalidad fisiológica, que a una moral de los hábitos y las costumbres: “*La ergoterapéutica es el corolario de la ergopedagogía en las anomalías psíquicas de los niños, que se basa en las asociaciones psicomotrices y psicosenoriales...*” [...] “*la última etapa ergoterapéutica, será la colocación social y final del enfermo, saliendo en plena posesión de un oficio al cual serán rehabilitados su mano y su cerebro*”.²⁵

²³ Vidal Abal, E., M.M.A. 1919, pág. 25.

²⁴ Vidal Abal, E., M.M.A. 1922, pág. 22. Destacado me pertenece.

²⁵ Voisin y Marie, “El trabajo en el tratamiento de las enfermedades mentales.” *Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines*, Año XI, Talleres gráficos de la Penitenciaría Nacional,

Tal vez lo más notable y llamativo es que estos argumentos esgrimidos por los psiquiatras locales, fueron vinculándose cada vez más inescindiblemente a la moral. Y seguramente un aspecto nada despreciable para medir la caladura y el alcance de estos supuestos, es aquel relativo al lugar que se le asignó al trabajo como medio curativo. En este caso, la cautela demostrada en cuanto a sus reales posibilidades de cura estará en relación inversa a aquellas que tanto lo ponderan. En muy contadas ocasiones se hará referencia a este aspecto, y, entre ellas, he rescatado la siguiente: “*El Trabajo es un medio de distracción, disciplina y tratamiento que beneficia tanto a los convalecientes de procesos agudos, para los cuales es en muchos casos complemento de su curación antes de abandonar el Asilo y a los crónicos incurables que en contados casos pueden salir de alta*”.²⁶

En este sentido, se reducen las potencialidades curativas del trabajo a las de un complemento, es decir, un elemento más dentro de otras terapias que posibilitarán la definitiva curación o mejoría del alienado. Por cierto, nunca se afirmará que por sí mismo pueda curar. Aunque el éxito obtenido con su aplicación será un referente claro al momento de decidir el alta de los pacientes. Algunos datos extraídos de Historias Clínicas, que se citan a continuación, parecen corroborar lo expresado:

“J.L.O. Ingresó el 27-1-1920: Traído por la Policía de Mendoza. Español. Soltero. 24 años. Jornalero. Enfermo tranquilo, indiferente, desatento. Dice que lo traen aquí por la propaganda que va haciendo en favor de los pobres.

Desorientado. Incoherencia ideatoria. Diagnóstico: Confusión mental alcohólica.

10-2-1920: no tiene noción de los días que ha pasado en el Asilo. Ideas delirantes de carácter persecutorio. Se cree poseedor de condiciones sobrenaturales. Ligera conciencia de su enfermedad. Más tranquilo, parece que empezara a rectificar su parte.

17-2-1920: O. rectifica manifestaciones de vivos deseos de salir a trabajar; atribuye su enfermedad al abuso de caña. Se da el Alta.²⁷

Buenos Aires 1912, pág. 121. En igual sentido se expresa el psiquiatra italiano Sante de Santics cuando afirma: “*existe un medio poderoso, aun cuando indirecto, de educación moral, sobre el cual los educadores de los anormales, hacen el más grande elogio: quiero referirme al trabajo. Desarrolla la voluntad de dos modos: porque facilita la sensación del movimiento y enriquece el cerebro de rastros motrices y forma una memoria motriz; en segundo lugar, porque forma la capacidad a la tensión psico-fisiológica, que, psicológicamente se revela con la constancia de la atención.*” Puede observarse claramente el papel “indirecto” reservado a la “educación moral” el que contrasta absolutamente con la explicación fisiológica en la que se funda. Sante de Santics, *Educazione dei deficienti*. (1915); citado por Hernández Ramírez, “El trabajo como terapéutica de la locura.” En: BAAO, Año 2, N° 5, 1934, pág. 198.

²⁶ Vidal Abal, E., M.M.A. 1918, pág. 16.

²⁷ *Historia Clínica* N° 4.217. Destacado es mío.

De la misma manera que la actitud demostrada para el trabajo significaba un síntoma revelador del restablecimiento del enfermo, tal como algunos pasajes de historias clínicas lo justifican como motivos para otorgar el “alta”: “...*rectifica por completo su pasado delirante, y con las nociones claras de tiempo y lugar y buenos hábitos para el trabajo, sale en condiciones de habitar un medio diferente al del Asilo*” o “*ha demostrado ser un enfermo tranquilo y trabajador*”²⁸; en igual sentido, esta actitud será también interpretada como un síntoma de enfermedad. Así, entre los primeros datos recogidos en el interrogatorio efectuado al ingreso de un jornalero italiano, residente en Rosario, se concluía lo siguiente: “*siempre ha sido algo extravagante, nunca ha permanecido en un mismo empleo más de 2 o 3 meses; tendencia a la vagancia, inadaptado completamente en sus condiciones de vida*”.²⁹

De esta forma se recobran los fundamentos de la psiquiatría pineliana, desde el momento en que se atribuía al trabajo la propiedad de neutralizar los síntomas externos de la enfermedad: Según el estado mental del enfermo, se dirá, el trabajo tendrá una acción sedante o excitante. El caso con que nos ilustra el Dr. Hernández Ramírez resulta paradigmático al respecto:

“Un ebanista de profesión, de gran habilidad para lustrar muebles, en cuya tarea se lo ocupa en el Asilo de Oliva, calma su agitación en cuanto inicia su trabajo pero siempre que no le interrumpen su tarea con conversaciones; prefiere estar solo. Durante los recreos se le ve gesticular, como si lanzara cuchilladas a enemigos imaginarios.”³⁰

Sobre observaciones como ésta se construyó –desde Pinel- un sentido casi mítico de la terapia por el trabajo, a saber: los signos de equilibrio o de restablecimiento de la razón, aparecen mientras el enfermo trabaja; por el contrario, en la ociosidad, reaparecen los síntomas de la enfermedad, el delirio y los malos pensamientos. También en ese “*prefiere estar solo*” y sin distracción alguna, es posible reconocer aquello que Donzelot denominara “*técnica individualizante*” –al referirse a las características del trabajo en el espacio cerrado- en el sentido de que opera un mecanismo que hace que el interno cuando trabaja se convierte en un sujeto útil a la sociedad, “*toma conciencia de su importancia, encuentra así su individualidad*”.³¹ Allí reside también la capacidad modificadora y moralizadora a la que se viene haciendo referencia.

²⁸ *Historias Clínicas* N° 16.529; notas del 13/3/1930 y N° 12.355 notas del 4/2/1928, respectivamente.

²⁹ *Historia Clínica* N° 37.268; notas del 20/5/1926.

³⁰ Hernández Ramírez, R., “El trabajo como terapéutica de la locura.” *Op.Cit.*, págs. 197 y 198. El Dr. Hernández Ramírez fue médico interno en Oliva desde el año 1923.

³¹ Donzelot, 1988: 47.

Sin embargo, y siguiendo el curso de la psiquiatría europea que algunos historiadores han consignado, existe coincidencia en cuanto al papel secundario que gozaba el Tratamiento Moral como terapéutica. Entre otros, por ejemplo, Dörner refiere a una “desaparición del activismo moral” en la psiquiatría francesa y Huertas a un “fracaso del tratamiento moral” pensando en la psiquiatría europea en general. Todo lo cual induce a pensar que en la expresión de Vidal Abal o en aquella frase de Cabred “*hacer del trabajo el principal componente del tratamiento moral*” está contenida una referencia explícita al trabajo dentro de un tratamiento (Moral) que, como buenos seguidores de la psiquiatría europea, ellos mismos deberían sospechar en desuso.

Esta afirmación tal vez se corrobore en el sentido de que, salvo en los años 1914-1919, no se hablará más de Tratamiento Moral en Oliva. De lo que se infiere, al menos en el uso de los términos, que sea una terapéutica devaluada en el lenguaje psiquiátrico. No obstante, y es en definitiva lo que he intentado indagar, ciertos postulados y mucho de los rasgos del Tratamiento Moral estarán presentes y serán repetidos una y mil veces como referentes necesarios para el “buen gobierno” del establecimiento y en especial, en relación al trabajo, como síntoma de una buena *moral* de los internos.

Una vez más insisto en que si bien los psiquiatras de Oliva no abandonaron su compromiso con las tendencias biológico-organicista en que la psiquiatría europea claramente se había alineado, la particular recepción que hicieron tanto de ésta como de aquella otra que la precedía, induce a pensar en un contrapeso mayor de esta última al momento de fundamentar la práctica del trabajo institucional. Y es que la confianza parecía estar depositada en la capacidad modificadora del trabajo en la mentalidad del enfermo y en la construcción de una fisonomía moral capaz de devolverlo a la sociedad, o al menos, devolverle signos exteriores de “recuperación”, sobre todo, a aquellos enfermos (crónicos) que no podrían abandonar el Asilo. En el punto siguiente, me detendré en las implicancias del trabajo en los enfermos crónicos, ya que también conformará un discurso complementario del que he señalado, aunque con un lenguaje distinto y que vale la pena reseñar.

II. *El trabajo: esencia del crónico*

Pensando en términos de representación social de la enfermedad, Susan Sontag³² ha señalado cómo el lenguaje utilizado para referir al cáncer y a la tuberculosis remitían a un comportamiento negativo del hombre-enfermo en relación a los distintos momentos económicos-sociales en los cuales estas enfermedades

³² Sontag, 1996: 65.

mejor se percibían. En este sentido, puede considerarse que dentro de la enfermedad mental, será especialmente el enfermo crónico o incurable quien será representado/percibido con un lenguaje que evoca, en relación al *homoeconomicus*, un comportamiento no menos negativo hacia los años '30. En un momento en que Argentina sufre importantes trastornos en su modelo económico-productivo, la idea de una energía descontrolada, improductiva, no aprovechada ni encausada debido a la ausencia de voluntad, junto con la idea del “desocupado”, que tanto preocupa en este período, serán en líneas generales las representaciones negativas con las que el discurso médico percibirá al crónico, ya que en última instancia, él también conspira contra el desarrollo económico de la sociedad y aun contra el progreso de la nación.

Acercándonos a la problemática del enfermo crónico, habría que considerar que la población de alienados de Oliva se fue conformando desde su habilitación por esta clase de pacientes, quienes eran trasladados desde los hospitales de Buenos Aires con el propósito de descongestionar el hacinamiento en ellos reinante. Con el transcurso de los años, no obstante incrementarse los ingresos directos, entre los que siempre cabía esperar más casos agudos por sobre los trasladados, los enfermos crónicos o incurables superaron ampliamente el porcentaje de enfermos agudos, llegando a constituir en 1934 un porcentaje cercano al 90%.³³

Ya hacia fines de los años '20, el problema de los enfermos crónicos se revelaba en Oliva, al igual que en los otros manicomios del país, con toda su crudeza: enfermos con 30 o 40 años de asistencia, viviendo en hacinamiento y sin mayores perspectivas que el fallecimiento. Muy lejos de la realidad quedaban las promesas que Cabred realizara a principios de siglo en su promoción de los Asilo Colonia, en cuanto a que cabría esperar de estas instituciones un mayor porcentaje de altas.

En la construcción de este panorama desolador, la influencia de la psiquiatría organicista y su diagnóstico negativo hacia la mayoría de las patologías mentales habría sido fundamental. Aunque esto constituye una punta insoslayable del problema, la invariable exigüidad de los recursos otorgados por el Estado para la atención de la enfermedad mental demostraba ser un factor más que relevante en esta situación. Podría decirse que no sólo no se asignaron recursos para la construcción de nuevas unidades hospitalarias, sino que se asignaron muy esca-

³³ En el período 1914-1934 fueron trasladados a Oliva 2.614 alienados procedentes del Hospicio de las Mercedes (varones), del Hospital Nacional de Alienadas –ambos de la Capital Federal- y de la Colonia Nacional de Alienados en Open Door en Luján. Los ingresos directos para este período fueron de 15.369 alienados de ambos sexos. Al finalizar el año 1934, había 4.228 alienados de los cuales se calculaba que un porcentaje cercano al 90% eran crónicos. M.M.A.1934, pp. 18 y ss.

sos a las ya existentes,³⁴ consolidando de esta forma, el hacinamiento estructural de las mismas.

Quizás la cuestión del trabajo en los manicomios públicos de este período pudiera ser mejor considerada desde la confluencia permanente de estos dos factores: la cronicidad (estancamiento o inmovilización de la población) y la falta de recursos suficientes para el sostenimiento de los establecimientos. Sólo entonces, el hecho de que el trabajo haya sido como decía Vidal Abal “*el eje del funcionamiento del Asilo*” no debiera atribuirse exclusivamente a una determinada concepción psiquiátrica o al empecinamiento caprichoso de un director y un conjunto de médicos, sino a la carencia de recursos disponibles (en bienes y en personal) para sostener el funcionamiento del establecimiento. En otra parte he analizado en valores cuánto aportaba el Estado en concepto de costo de hospitalidad y cuánto significaba el trabajo de los alienados en igual sentido; valoración que resulta fundamental para reconsiderar lo que se entiende por “asistencia gratuita”³⁵ en este período. Pero ahora me interesaría considerar en un plano general, cómo la incidencia y la interacción de ambos factores fue imprimiendo, con los años, un discurso en relación al trabajo del enfermo crónico diferente del netamente psiquiátrico –en parte visualizado en el punto anterior- que en todo caso será complementario de aquél o en ocasiones alternativo; y que será planteado a modo de propuestas, reclamos o expresiones de deseo, que remiten a un posicionamiento diferente de los médicos de Oliva frente a la problemática planteada.

Un primer indicio en la práctica, se advierte en la reorganización asistencial. El director en el año 1926 delimitaba claramente las dos áreas asistenciales en que se dividiría el establecimiento, de la siguiente forma: asignaba todos los médicos internos existentes -que por entonces eran tan sólo 6- al área del Hospital, para la atención de los casos agudos o “recuperables”; en tanto que él solo quedaba a cargo del área del Asilo-Colonia.³⁶ Esta reasignación estratégica de la

³⁴ La falta de recursos se hacía notoriamente manifiesta en los recursos humanos disponibles para la asistencia: la proporción médico/paciente o personal de vigilancia/pacientes constituye un ejemplo claro al respecto. Por caso, en el año 1930, sobre 3.620 alienados, esta proporción era para el caso de los médicos de 1/452 alienados; y para el personal de vigilancia diurno de 1/31 alienados y en los serenos de 1/97 alienados. Nota dirigida al presidente de la HCA el 7/10/1930. En: *Expediente N° 674: “Laborterapia y Praxiterapia, asistencia y condición del enfermo mental.” (1928-1930)*. Esta carencia se demostró también en una asistencia deficiente por la falta de medicamentos y de artículos necesarios para la alimentación de los internos especialmente en los años posteriores a la Primera Guerra Mundial y durante la crisis del '30.

³⁵ Cfr. Eraso, 1999: 123-129.

³⁶ El Hospital, conformado por 11 villas: 2 de Admisión; 3 de Vigilancia Continua; 2 Enfermerías y 4 villas generales de crónicos en cama (seniles, débiles, epilépticos, etc.); con una población de 650 enfermos. El Asilo, con 16 villas subdivididas en: 8 villas de alienados trabajadores (1.400) y 8 villas de inaptos, inútiles, crónicos en pie (1.000). M.M.A.1926, pág. 13.

atención, que dejaba al director como único responsable de la atención del área del Asilo, con unos 2.400 enfermos crónicos, subdivididos en crónicos “trabajadores” y en crónicos “inaptos”, indica, en principio, que la asistencia psiquiátrica como tal, ya no tenía ninguna atención que prestar en estos pacientes.

En una expresión vertida algunos años después, puede apreciarse el propósito que tenía esta redistribución de la asistencia. En ella es posible observar cómo, en la visión del director, la asistencia del enfermo mental debía reestructurarse en función de los dos grandes factores que comprometían su fibra más sensible, la cronicidad y el presupuesto: los pacientes agudos, debían recibir *asistencia psiquiátrica*, en tanto que la mayoría de la población, los crónicos, *asistencia social*; con una fundamental distinción: aquellos que estaban en condiciones de trabajar, debían contribuir económicamente a su sostenimiento, y quienes no (crónicos inválidos) simplemente debía asistírselos sin pedirles nada a cambio.³⁷

“En ningún momento de la vida del Asilo sus presupuestos han guardado relación con las necesidades, y más que con las necesidades, con el objetivo que debe llenar un establecimiento de esta índole, que más que un Asilo (depósito de desechos de la sociedad) debiera ser un hospital para el enfermo curable o reintegrable a la sociedad; un taller para el enfermo incurable que por sus características tenga que vivir al margen de la sociedad, y destinado por tanto a la reeducación, a la adquisición de aptitudes; al mayor aprovechamiento, de la dinámica de muchas unidades sociales, que, abandonadas a su suerte, van irremediamente a la anulación, y sólo, y en último término, un asilo propiamente para el enfermo en estado de completa invalidez física y mental”.³⁸

Si en el año 1919 se había delimitado *territorialmente* el espacio físico de la Colonia en villas de enfermos “tranquilos-trabajadores” y “tranquilos-inaptos para trabajar”, lo que se delimitó en el año 1926 era de un signo, significativamente, distinto. No era ya la localización o identificación de los enfermos trabajadores de los que no lo eran, sino la *condición de asistidos* o el status frente a la asistencia lo que estuvo en juego a partir de esa última fecha. La masa informe de crónicos merecía, al parecer, una recategorización. Que la capacidad de trabajar o no, vuelva a ser el meridiano que delimitaba las categorías de crónicos en “aptos” o “inválidos”, no es de extrañar si se comprende que el criterio de toda política de asistencia social se establece, como sostiene Robert Castel, a partir de

³⁷ El hecho de que a los pacientes agudos, recuperables, se les brindara una asistencia psiquiátrica en el Hospital, no implicaba que –si estaban en condiciones físicas y psíquicas– no tuvieran que trabajar. La diferencia está dada en que los pacientes agudos, practicaban la laborterapia pero recibían atención psiquiátrica, en tanto que los crónicos *sólo* practicaban la laborterapia.

³⁸ Vidal Abal, E., M.M.A. 1930, pág. 67.

una peculiar relación con el trabajo: “Las poblaciones que son objeto de intervenciones sociales difieren fundamentalmente según sean o no capaces de trabajar, y en función de este criterio se las trata de maneras totalmente distintas”.³⁹

Desde las propuestas que avalaban la creación de Asilos-Colonia en nuestro país, como así también desde los principios en que se sostenía la beneficencia estatal, puede pensarse que el trabajo en estas instituciones se constituyó en una suerte de *intercambio*, en el sentido que el interno siempre estuvo comprometido en la obligación de devolver con su trabajo, a falta de otros recursos, la asistencia médico-social dispensada. Esto que a principios de siglo, aparecía como una insistencia o preocupación de los Reformadores Sociales, al promediar los años '20 se reclamaba –por parte de los médicos de Oliva- con más fuerza y especificación. En este caso, los principios que se proponían reestructurar el fundamento de la asistencia social en el manicomio, serían los siguientes: El crónico inválido estará exento de la obligación de trabajar y por lo tanto será socorrido o asistido de pleno derecho; en tanto que el crónico capaz de bastarse a sí mismo, en condiciones físicas para trabajar, estará compelido a hacerlo para validar de alguna manera, la asistencia que se le brinda.

Ya el año 1928 pareciera indicar un punto de inflexión en cuanto a la forma en que serán presentadas las propuestas y los reclamos por parte de la dirección al organismo superior, estilo que se mantendrá más allá de nuestro período de estudio. En el marco de una nueva ampliación de la capacidad de camas habilitadas para recibir un contingente de 300 enfermas crónicas del Hospital Nacional de Alienadas, los reclamos, que si bien continuarán haciéndose en lo que respecta a un aumento de presupuesto para personal y gastos de sostenimiento, comienzan en este año a expresarse con un discurso un tanto diferente respecto al trabajo del enfermo crónico, el que podría caracterizarse por un contenido social fuerte. El término “social” lo utilizo más que nada para diferenciarlo de lo que sería una fundamentación netamente psiquiátrica.

Este discurso ofrece varias aristas al análisis que en adelante me propongo precisar. Uno de ellos, está dirigido al alienado como individuo:

*“El trabajo, es por una parte laborterapia, o sea medio de tratamiento, psíquico, por otra es puntal de la disciplina, del orden, al par que factor y nada despreciable de salud orgánica, pero casi diría que por encima de estos dos conceptos, llena o debe llenar la humanitaria misión de redimir al alienado de la condición de tal, en que la sociedad lo ha colocado”.*⁴⁰

En otra Memoria, recalcará en igual sentido sobre la aplicación del trabajo en los enfermos, *“por encima de todo, es dignificador del hombre que una vez alienado,*

³⁹ Castel, 1997: 29.

⁴⁰ Vidal Abal, E., M.M.A. 1928, pág. 48. Destacado es mío, el subrayado en el original.

*parecería ha perdido su condición de hombre para la sociedad, para convertirse en un loco, cuando no es otra cosa que un inválido,...*⁴¹

Aquí nos encontramos frente al trabajo como categoría *esencial* del hombre, concepto que en parte había expresado en la introducción y que ahora retomo para aproximar una interpretación más bien cuestionadora de sus postulados. Si nos atenemos a esta perspectiva, lo sorprendente no es que se interprete que, para la sociedad, el loco ha dejado de ser “hombre” porque se le niega la posibilidad de trabajar; sino el hecho mismo de que el trabajo haya devenido en *esencia* del Hombre y haya perdido cada vez más su composición histórica. Resulta, pues, imposible soslayar esta dimensión antropológico-esencialista en la que devino el concepto de trabajo en la sociedad moderna para comprender el trasfondo de este pensamiento para el que, en todo caso, la propia medicina se constituyó en una de sus “transmisoras” indispensables. (Pienso no sólo en la “terapia por el trabajo” sino también en las concepciones de la fisiología, que a partir de los estudios realizados sobre la fuerza muscular, el consumo de energías y la combustión de sustancias producidas durante el ejercicio, recomendaban al trabajo como “*un estimulante admirable, para la salud de la psique y del cuerpo, en todas las edades y en todas las condiciones*”⁴²

Considerando históricamente al concepto de trabajo, lo vemos surgir a fines del siglo XVIII como un factor de la producción, como un *medio* para transformar la naturaleza o la materia, como un *medio* para acrecentar la “riqueza de las naciones”, o acrecentar el ingreso del individuo. Sin embargo, y desarrollo capitalista mediante, aquel concepto pronto quedó sujeto a la lógica de la eficacia y de la rentabilidad económica. Y en este sentido, cabe preguntarse entonces como acertadamente lo hace Dominique Méda, cómo algo que nació como *medio* pudo convertirse en un “lugar” de realización del individuo, de humanización, de autonomía, de identidad. Más aún, cómo una actividad (trabajo) que por principio es totalmente dirigida, planeada u organizada desde fuera, pudo ser al mismo tiempo, autoexpresión o “dignificador” en el sentido de una plenitud personal del hombre, para convertirse finalmente, en la *esencia* del vínculo social.⁴³ Para no llevar el análisis tan lejos, remitiré -dentro de lo que se considera una corriente

⁴¹ Vidal Abal, E., M.M.A. 1929, págs. 52 y 53. Destacado me pertenece.

⁴² Memoria al 5º Congreso Penitenciario en París (1895). En: De Araujo Leal, Aurelino, “El Trabajo Penitenciario en el Brasil.” En: *Archivos de Criminología, Medicina Legal y Psiquiatría* (1902) *Op.Cit.*, pág. 416.

⁴³ Resulta imprescindible señalar la incidencia que el pensamiento de Hannah Arendt tiene en el desarrollo que realiza Dominique Méda en este punto. Al respecto Arendt sostenía: “La mayor parte del trabajo realizado en el mundo Moderno se hace a modo de labor, de manera que el trabajador, aunque lo quisiera, no podría laborar para su trabajo en vez de para sí mismo y a menudo es mero instrumento en la producción de objetos de cuyo último aspecto no tiene la menor idea.” Arendt, 1993: 161 y 162.

de pensamiento crítico⁴⁴, a lo que representa la idea fundamental de Hannah Arendt en *La Condición Humana*. Allí Arendt asocia el advenimiento de la Modernidad con la reducción o simplificación de las distintas relaciones que el Hombre mantenía hasta entonces con el Mundo: la contemplación, la escucha, la acción, el pensamiento, el arte; a una sola: la producción y el consumo. “Se comprende entonces cómo el trabajo ha llegado a ocupar la totalidad de la actividad humana: nacido como el medio para la consecución de un fin, llamado riqueza, ha acabado siendo él mismo un fin...” afirma, coincidente con el pensamiento de Arendt, Dominique Méda.⁴⁵

Aun a riesgo de haber simplificado lo antes expresado, considero que esta dimensión esencial será fundamental para comprender la insistencia en el trabajo no sólo desde el *disciplinamiento* ejercido por los sectores dominantes sobre los sujetos subalternos para convertirlos en dóciles trabajadores, o en fuerza útil; sino como principio ordenador de la existencia misma, en la más alta actividad humana y por ello, productora de subjetividad. Desde esta dimensión histórica, la “moralización” por el trabajo puede despojarse de la *moral de los valores burgueses*, o de clase social, en la que insistentemente se la ha contemplado, para conformar una ideología más abarcadora. ¿Acaso las corrientes anarquistas, marxistas, socialistas o cristianas de principios de siglo, han discutido en su defensa de los intereses de la clase trabajadora este papel esencial? Sabemos efectivamente que no, antes bien, han contribuido a consolidarlo.

Retomando ahora otros aspectos del discurso “social”, puede advertirse la necesidad de nominar nuevamente al enfermo crónico. Llama la atención una serie de calificaciones tendientes a señalar al Estado que el alienado crónico podría ser, no obstante su condición, un productor de bienes y servicios con un rendimiento considerable. Una serie de adjetivaciones serán utilizadas en este propósito: “*mutilado psíquico*”; “*unidad disminuida pero no anulada*”; “*lisiado mental*”; “*desocupado por disminución de su actividad*”, etc. Ellas develan un esfuerzo por encontrar un justo medio entre las dos calificaciones extremas de las que se quiere, a toda costa, evitar: la de “enfermo” y la de “inválido”.

⁴⁴ Además de Hannah Arendt, sobre una crítica al concepto ontológico del trabajo han trabajado, por ejemplo, Simone Weill, en *Expérience de la vie d'usine, 1941*, y la mayoría de los pensadores nucleados en la “Escuela de Frankfurt”. Entre otros trabajos que resultan fundamentales para la interpretación de este tema, se encuentran: Habermas, Jürgen, *Ensayos políticos*; Heidegger, Martín, “La cuestión de la técnica.”; Offe, Claus, *La sociedad del trabajo. Problemas estructurales y perspectivas de futuro*, 1992. Dice Offe en este texto: “La discontinuidad de la biografía laboral y la reducción cada vez más acentuada de lo que el tiempo de trabajo supone con respecto al tiempo vital deberían conducir en conjunto a hacer del trabajo un problema “junto a otros” y a relativizar su función de punto de orientación para la constitución de identidades personales y sociales.” Offe, 1992: 39.

⁴⁵ Offe, 1992:128 y 129.

La invitación a participar en la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social, convocada a instancias del presidente Justo en Buenos Aires en el año 1933, se constituyó en el espacio privilegiado para expresarlas a una notable concurrencia.

La expresión textual sobre la cual los doctores Vidal Abal y Juan Soler ordenarán su exposición, indicaba desde el inicio, el compromiso o la “*adhesión incondicional*” con el principio sostenido por el Poder Ejecutivo –y convocante de la Conferencia- que indicaba que “*el problema de la indigencia, se resuelva de preferencia que por la caridad, dando trabajo capacitado.*”⁴⁶ Dicha adhesión estaba destinada a captar el interés de sus pares hacia un problema por demás espinoso, al menos para los psiquiatras cuya práctica se centraba en el manicomio: el enfermo crónico.

Prestos a defender su ponencia, reclamando la *palabra autorizada* avalada por la experiencia de algo más de veinte años de práctica institucional, recurrirán a las recomendaciones del psiquiatra francés Maurice Dide publicadas en *L'Hygiene Mentale*, en cuanto a la necesidad de distinguir terminológicamente los casos agudos y crónicos, a los efectos de esclarecer convenientemente el tipo de asistencia a prestar.

*“Debemos reservar la calificación de enfermos, para los alienados con probabilidades de curar o mejorar, [...] pero no derrochemos el empleo de esta clasificación ni malgastemos la acción útil, de naturaleza eminentemente médica, que emanan cada día con más vigor de todos los centros de estudio. Que el Hospital Psiquiátrico o el servicio abierto mantenga bajo su jurisdicción, únicamente enfermos, o sea casos con posibilidades de éxito en su tratamiento, pero que se desembarace de todo caso en el que vislumbre cronicidad o incurabilidad: que haga lo que hace el sanatorio para tuberculosos, que sólo debe atender casos sanatoriables. En la misma forma, unos serán enfermos mentales (los de servicio abierto) y otros serán mutilados psíquicos (los del Asilo).”*⁴⁷

El “eufemismo” de *enfermos*, contra el cual se alzan con encono los autores por su utilización indistinta respecto de los casos agudos y crónicos, era en realidad un problema más que de forma de fondo, ya que para ellos, estaba en juego una cuestión ética que comprometía nada menos que el ejercicio de la “caridad”.⁴⁸

⁴⁶ Vidal Abal, E. y Soler, J., “Contribución al estudio de la Asistencia del Alienado en la República Argentina.” (Comunicación presentada a la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social celebrada en Buenos Aires del 20 al 25 de Noviembre de 1933) *Op. Cit.*, pp. 61. El párrafo que se reproduce pertenece a los considerandos de la Resolución del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto del 28/12/1932 que convocaba a la Conferencia. El Dr. Soler fue médico interno de Oliva desde el año 1928.

⁴⁷ *Ibidem*, págs. 64 y 65.

⁴⁸ En igual sentido se pronunciaba el Dr. Ferrer: “*Es necesario ya, tanto por las orientaciones*

Los mutilados psíquicos, es decir los casos crónicos-irremediables, aquellos en los que la psiquiatría no tendría mayor actuación, y que por lo tanto no les cabría el término de *enfermos*, deberían ser nombrados con un término ajustado a sus reales posibilidades; un término que implicara, al mismo tiempo, una acción (asistencia) capaz de redimir al sujeto de la condición individual y social en la cual había sido colocado. Y “*esta redención [enfatarán] sólo con el trabajo capacitado puede obtenerse.*”

Pero, si el crónico deja de ser también y sobre todo un enfermo, ¿caso el médico dejará de ser también y sobre todo un psiquiatra para él?

Será precisamente ésta la encrucijada en la que quedarán entrapados los psiquiatras de manicomio, encrucijada que, por cierto, involucra algo más que una correcta correspondencia de términos. Su resolución será para el profesional más consolante cuanto menos pueda justificar su presencia institucional, y será entonces cuando aquella expresión que llegará a ser proverbial comience a escucharse con frecuencia, “si no cura, al menos trata la enfermedad”.

Al mismo tiempo en que se enuncia en el alienado un “hombre” y en el crónico un “mutilado psíquico”, se repositona pues el lugar del profesional en la asistencia. Consecuencia lógica para algo que, al parecer, se propone el alumbramiento de un nuevo campo asistencial. Este reposicionamiento no es otra cosa que una reivindicación social del psiquiatra, quien si bien se demostraba incapaz de curar y reintegrar a la sociedad, pretendía revelarse como el único capaz de descubrir en el alienado crónico sus potencialidades productivas, a través de una *terapéutica* (trabajo) que, en definitiva, había acuñado ya por largo tiempo su propia disciplina.

En el mismo acto en que la Psiquiatría como “ciencia” se retiraba de la atención directa del “asilado” al considerarlo un caso incurable, reivindicaba para sí un lugar indiscutido en la atención –aunque en rigor es difícil pensar que alguien quisiera disputárselo- desde un punto de vista médico-social.

Por esta vía, los autores plantearán el tema de la cronicidad como un tema más bien social sin llegar a soslayar totalmente la presencia del especialista (psiquiatra) en esta labor. Como expresará Vidal Abal apenas dos años más tarde:

“...el alienado en tanto siga siendo alienado, debe ser atendido por personas que tengan por lo menos las nociones más elementales de la materia, pues pese a que la alienación mental, es una dolencia que plantea ab initio, perspec-

científicas, como por razones de orden económico, entrar a una nueva faz, que denominaríamos de ética social, en la cual, convertiremos el alienado que vive en los establecimientos oficiales, de un parásito social, en un ser útil a su colectividad.” Ferrer, Conrado: “Consideraciones sobre el trabajo en los alienados.” En: BAAO. Año 1, N°1, 1933, pp. 34. Ferrer era Profesor Suplente de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Medicina de la UNC y médico interno del Asilo de Oliva desde el año 1927. Destacado me pertenece.

*tivas más bien sombrías; tales perspectivas, más que nada lo son en cuanto al retorno integral del funcionamiento mental y no en cuanto a las posibilidades de un rescate parcial del mismo”.*⁴⁹

Desde esta perspectiva también, los crónicos serán presentados como una población numerosa y perfectamente adaptada a la vida manicomial. Se hablará entonces, de un “*tácito acuerdo de jurisdicciones*” en el que la sociedad no desea estos seres por resultar peligrosos, antisociales, molestos, u onerosos; y por otro lado, se dirá que ellos tampoco “*añoran la sociedad*”.

Dada esta situación, en que los crónicos no son enfermos curables sino alienados susceptibles de un rescate más o menos parcial que sólo el psiquiatra sabrá apreciar, y dada su condición de “*exiliados sociales*” adaptados a la vida institucional, los autores reclamarán, una vez más, “*industrializar*” el Asilo de crónicos (extender el trabajo), la protección del Estado (alojamiento, enseres) y sobre todo, la licencia legal para que esta “*comunidad aparte*”, pueda autosostenerse (la libre disposición de su producto).⁵⁰

*“La situación en que queda colocado el alienado crónico, por motivos de su mutilación, puede asimilársele a la del desocupado por disminución de aptitudes individuales, y el problema de su asistencia, puede considerarse como un capítulo del de la desocupación.”*⁵¹

Resulta al menos evidente que el hecho de pretender homologar el tema de la cronicidad al de la desocupación significaba, por un lado, intentar colocar este tema en el terreno social o de la asistencia social; y por el otro, implicaba llamar la atención de las autoridades nacionales con un término que, por entonces, sonaba más que alarmante.

Otro de los tópicos que se enunciarán con insistencia, como queda evidenciado más arriba, será aquel dirigido a cuestionar el concepto de “*caridad*”. El

⁴⁹ Vidal Abal, E., “Sobre asistencia del alienado.” En: BAAO, Año 3, N° 8, 1935, pág. 95.

⁵⁰ “*Industrialicemos entonces el Asilo de Crónicos, y a la par de esto, procuremos tenga el máximun de características semejantes, sino iguales, a las de una pequeña población de ciudadanos de villa sencilla y modesta; adaptemos estas características, a la categoría de estos ciudadanos tan especiales, y dentro de esta pequeña comuna, así construida, ubiquemos el Hospital Psiquiátrico y aún el consultorio externo, sino podemos dejar de tener, o sea el verdadero Asilo, para alojar en él, a los últimos desechos, a lo realmente inválido, de esta sociedad en claudicación permanente. La vida de esta población en claudicación relativa, será un tipo de sociedad cooperativa, con la protección y la ayuda del Estado, en cuanto a que le facilite alojamiento y tierra a título gratuito, y aún enseres de trabajo al mismo título (si con sus medios propios no pudiera adquirirlos) y unidos de estos recursos primordiales, que procure esta sociedad, con el exponente de su trabajo, el sostenimiento de su vida propia, que ya por el hecho de ser del tipo de comunidad implica un costo de tipo mínimo.*” Vidal Abal, E. y Soler, J., “Contribución al estudio de la Asistencia del Alienado en la República Argentina.”; Op. Cit., pp. 79.

⁵¹ *Ibidem*, pp. 81.

director y algunos médicos realizarán una crítica a la caridad ejercida por los poderes públicos -muy similar a la expresada por Ingenieros en su momento- señalando que la falta de una política de recursos que permitiera ocupar mayor personal, obligaba a permanecer en *ociosidad* a personas que bien podían contribuir a su sostenimiento.

*“...lograr que el alienado crónico, deje de ser una carga muerta para el Erario y un motivo de reproche que satisface sus escrúpulos de conciencia, dando un buen lecho y una buena alimentación a miembros útiles, a quienes mantiene en holganza por el hecho de que carecen de iniciativas propias o discernimiento, y de quienes no procura utilizar su contribución personal, a favor de la economía común.”*⁵²

Más allá de que la utilización del término *caridad* sería poco apropiado para calificar la asistencia que en aquél período prestaba el Estado -aunque un término apropiado implicaría un análisis diferente- es difícil interpretar que el propio Vidal Abal así lo considerara. En realidad, expresiones como estas evocan con más fuerza sus vacilaciones que sus certezas, toda vez que él mismo señalará la falta de medicamentos, de alimentos y hasta de camas para atender a los enfermos. Carencias que se reflejarán en cinco años de déficit presupuestario (1919-1923); y en un costo de hospitalidad que, como permanentemente señalaba, era considerablemente bajo a fuerza del aporte del trabajo del alienado. Ni aún buscando impresionar a los organismos superiores haciendo cuentas de lo mucho que costaban al erario cientos de alienados inactivos con más de 25 años de asistencia, lograba conmovir el escaso crédito otorgado por el Estado para su asistencia.⁵³

Habrà que decir también que el director no sólo recurrirá a términos “gananciales”; de hecho tratará de trascenderlos encontrando formas alternativas de expresión (hipérboles) de contenido más bien utópico. Sobre este punto -último de las aristas escogidas para refrendar lo que he denominado un discurso “social”- Vidal Abal propondrá hacer del Asilo Colonia algo más de lo que había imaginado Cabred, algo más que un “pueblo”, e imaginará otras posibles utopías:

⁵² Vidal Abal, E., M.M.A. 1930, pág. 62.

⁵³ Por ejemplo, realizaba el siguiente cálculo: 134 asilados (en asistencia en Oliva) que llevaban 25 años de asilo (en otras instituciones de Capital Federal y luego en Oliva) sobre un costo de hospitalidad calculado en \$1m/nacional; significaba un costo total al Estado de \$1.500.000. Al respecto se preguntaba, “¿han producido algo. Háce utilizado en provecho propio, de sus compañeros de desventura y de la sociedad, las fuerzas dinámicas capaces de desarrollar? O han sido como objeto de la caridad y conmisericordia (mal entendida) alojados y mantenidos a brazos cruzados?” M.M.A. 1930, pp. 59.

“Entiende el suscripto que en la laborterapia racionalmente dirigida, está la clave del enunciado que me permite sostener, de que un Asilo de alienados, que sea al propio tiempo un Hospital Psiquiátrico, debe aspirar a sostenerse por sus propios medios asimilándolo a una comunidad, conventual que fuera, o mejor aún, a una pequeña república comunista, en la que cada uno de sus miembros útiles –útiles como fuerzas vivas, dinámicas, productoras de energía, rindan un exponente de labor cualquiera que sea el género de labor y grado de utilidad del mismo”.⁵⁴

Una “república comunista”; un “Estado de Insania”; un “Estado dentro de otro Estado” una “sociedad cooperativa”, serán algunas de las formas societales que ensayará bajo el signo común de constituir una “sociedad aparte” sustentada en el trabajo del asilado y el gobierno del alienista. No es de extrañar que así sea, ya sea que lo miremos desde el canon alienista o desde el concepto mismo de trabajo, pues, para una sociedad que ha *naturalizado* el trabajo como relación social dominante, el trabajo será la condición *necesaria* para el vínculo social.

Epílogo

A modo de reflexión final, podría decirse que la apropiación que los médicos han realizado en estos años de discursos un tanto diferentes, como hemos visto, favorece, en primera instancia, una cierta ambigüedad que conspira contra una definitiva localización de su pensamiento. A veces, el intentar precisarlo se convierte en un ejercicio vano y deficitario. En todo caso, todo parece indicar que las teorías circulan de forma bastante más compleja de lo que a veces estamos acostumbrados a encasillar. Y en este sentido, pienso que si se abandona cierto “temor” a la contradicción que estos textos encierran, se puede apreciar mejor la riqueza de la heterogeneidad en los mismos atendiendo a los distintos elementos (sociales, políticos, económicos) que presionan en su establecimiento.

En el caso que nos ocupa, la referencia al viejo Tratamiento Moral en un momento en que las ideas positivistas (organicistas) orientan la intelección de la enfermedad no sólo en Europa sino también en Oliva, lleva a especular con otras motivaciones que estuvieron presentes en ese momento para “recibir” o leer las ideas de la primera psiquiatría –especialmente Pinel- con cierto entusiasmo.

En la obra de Pinel política y psiquiatría, de una manera bastante evidente, están estrechamente relacionadas toda vez que las causas de las alteraciones serán consideradas tanto individuales como sociales. En esa *obsesión por el orden manicomial* de Pinel, que estará muy presente en Vidal Abal, puede leerse

⁵⁴ M.M.A.1928, pp. 40.

una trascendencia o simbología que está por encima de las disputas sobre las pasiones o la lesión orgánica.

Diversos símbolos, me parece, juegan aquí. Esencialmente la identificación de la enfermedad mental como desorden, frente al *orden* de la salud y en última instancia, de la sociedad. “ Toda la doctrina de las pasiones, es un alegato a favor del orden y de la moral burguesas. Orden y moral nuevas, que se levantan contra las tiranías del pasado, así como el tratamiento moral se levanta frente a las brutalidades anteriores.”⁵⁵

En esta línea de pensamiento, en ese anclaje histórico-social de la locura puede interpretarse la insistencia en el papel moral asignado al trabajo en Oliva en las primeras décadas del siglo; contra el desorden exterior –social e individual– pareciera que el médico buscará contrarrestarlo en el interior del Asilo y en el interior del enfermo.

Al mismo tiempo, si bien es cierto que entre un abordaje clínico organicista y un tratamiento moral de la locura, puede pensarse en una “inicial bifurcación” de la psiquiatría argentina, tal como sostiene Vezzetti⁵⁶, considero que en el caso de la terapéutica por el trabajo, esa supuesta bifurcación encontraría un sustento en la dimensión antropológico-esencialista del trabajo que rebasa, en todo caso, el propio marco del discurso psiquiátrico para ubicarse allí donde la *terapia* se muestra más como un asunto social que estrictamente patológico. Y en efecto, es indudable que esta insistencia en el trabajo institucional debe ser colocado en un marco más abarcante y complejo. En donde la psiquiatría había agotado sus esperanzas de cura y con ella de tratamiento efectivo sobre la enfermedad mental, el trabajo prometía una recuperación menos incierta. Y a partir de allí, podría especularse –en este proceso que he intentado reconstruir– no ya en una bifurcación de nuestro pensamiento psiquiátrico como un fenómeno aporético que marcaría a la larga dos tendencias destinadas a transitar caminos inconciliables, sino en una sola tendencia que receptó de ambas posiciones aquello que juzgó conveniente y sobre todo, que encontró por fuera de ellas mismas, y en esa dimensión esencial del trabajo, una respuesta menos equívoca a su implementación.

Fuentes y repositorios

Fuentes Inéditas (Archivo del Hospital Psiquiátrico Dr. E. Vidal Abal)

Expedientes Administrativos (Años 1914-1935)

Historia Clínica (años 1926-1930)

⁵⁵ Peset, 1993:143.

⁵⁶ Vezzetti, 1991: 60.

Memoria Médico Administrativa (Años 1914-1935)

Fuentes Editas (*Biblioteca del Hospital Psiquiátrico Dr.E.Vidal Abal*)

Boletín Oficial del Asilo Regional Mixto de Alienados en Oliva, Córdoba (años 1933-1942)

Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias Afines (*años 1902-1925*)

Bibliografía

Alvarez, R; Huertas, R. y Peset J., 1993, "Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX." En: *Asclepio*. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Centro de Estudios Históricos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid, Vol. XLV-2- pp. 41-60.

Arendt, Hannah, 1993, *La Condición Humana*, Paidós, Barcelona.

Bercherie, Paul, 1993, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Manantial, Buenos Aires.

Castel, Robert, 1997, *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.

Donzelot, Jaques, 1988, "Espacio cerrado, trabajo y moralización. Génesis y transformaciones paralelas de la prisión y del manicomio." En: AA.VV., *Espacios de poder*, La Piqueta, Madrid.

Dörner, Klaus, 1974, *Ciudadanos y Locos. Historia Social de la Psiquiatría*, Taurus, Madrid.

Eraso, Yolanda, 1999, *Trabajo Alienado. Aportes para la comprensión del trabajo de los enfermos mentales en una institución psiquiátrica pública: Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados en Oliva (Pcia. de Córdoba) 1914-1934*. Tesis de Licenciatura, mimeo, Universidad Nacional de Córdoba.

Foucault, Michel, 1967, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México.

Huertas, Rafael, 1988, "Asilos para locos: Terapéutica mental y política sanitaria." En: *Asclepio*, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Centro de Estudios Históricos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid, Vol. XL-2, pp. 131-149.

Méda, Dominique, 1998, *El trabajo. Un valor en peligro de extinción*, Gedisa, Barcelona.

Offe, Claus, 1992, *La sociedad del trabajo. Problemas estructurales y perspectivas de futuro*, Alianza Universidad, Madrid.

Peset, José Luis, 1993, *Las Heridas de la Ciencia*, Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo, Salamanca.

Sontag, Susan, 1996, *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*, Taurus, Buenos Aires.

Vezzetti, Hugo, 1985, *La locura en la argentina*, Paidós, Buenos Aires.

Vezzetti, Hugo, 1991, "Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas" En: *Vertex*, Revista argentina de psiquiatría, Vol.2, N°3, marzo, abril, mayo de 1991, págs. 59-61.