

Libros de **Cátedra**

Aportes interdisciplinarios en psicopatología

Tomo I: clínica de las psicosis
en la psiquiatría clásica

Julieta De Battista (coordinadora)

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

S
sociales

Edulp
Editorial
de la Universidad
de La Plata



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

APORTES INTERDISCIPLINARIOS EN PSICOPATOLOGÍA

TOMO I: CLÍNICA DE LAS PSICOSIS
EN LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA

Julieta De Battista
(coordinadora)

Facultad de Psicología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA



A los locos de todos los tiempos,
amos en la ciudad del discurso,
con la esperanza de que una escucha más advertida
no se deje embelesar por sus aparentes desatinos,
no ahogue su diferencia,
y reconozca al fin sus aportes.

Agradecimientos

Quiero agradecer a los creadores de la colección Libros de cátedra por esta oportunidad de publicar un material que nos permita mejorar la transmisión docente en la Universidad.

Agradezco especialmente a los docentes, adscriptos y auxiliares de la cátedra de Psicopatología I que se entusiasmaron con la propuesta y trabajaron con compromiso, dedicación y rigurosidad. Gracias por el trabajo, por el intercambio, los cuestionamientos y todo aquello que nos permite mantener viva la transmisión de nuestros propios interrogantes. Gracias especialmente a Julia Martín y Jesuán Agrazar que colaboraron con la revisión final del material.

Quiero agradecer también a la profesora Graziela Napolitano, quien durante muchos años de mi formación y la de mis colegas nos alentó a hacer una lectura sistemática y sostenida de los clásicos de la psiquiatría.

Un agradecimiento también para nuestros alumnos que año a año con sus inquietudes y sus preguntas aparentemente ingenuas nos comprometen a renovar nuestra práctica y a generar nuevas formas de hacerles llegar aquello que nos apasiona. A ellos está dirigido este libro, con la expectativa de que puedan apropiárselo y avanzar en el entendimiento del malestar esencial que aqueja a cada ser humano.

*Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico
no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica.
Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría.
El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía:
ésta estudia las formas exteriores de los órganos;
aquella su constitución a partir de los tejidos y las células.
Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio,
una de las cuales continúa a la otra.*

SIGMUND FREUD, CONFERENCIA 16. PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA.

Comité editorial

Este libro fue evaluado y recomendado para su publicación por el siguiente Comité Editorial:

Prof. Dr. Marie-Jean Sauret

Profesor emérito de la Université de Toulouse (Francia). Doctor en Psicología (Université de Toulouse). Psicoanalista (Le Pari de Lacan). Investigador del Pôle Clinique psychanalytique du sujet et du lien social (LCPI). Autor de numerosos libros traducidos en varias lenguas: Croire? Approche psychanalytique de la croyance (Privat, 1982), De l'infantile à la structure (PUM, 1991), La psychologie clinique - histoire et discours (avec Christiane Alberti, PUM, 1993) La psychanalyse (Milan, coll. «Les Essentiels», 1996), Psychanalyse et Politique (PUM, 1998), Freud et l'inconscient (Milan, coll. «Les Essentiels», 1999) Lacan et le retour à Freud (Milan, coll. «Les Essentiels», 2000), L'effet révolutionnaire du symptôme (Érès, 2008), Malaise dans le capitalisme (PUM, 2009), Du divin au divan (avec Pierre Bruno, Érès, 2014), La bataille politique de l'enfant (Erès, 2017). Miembro fundador de la Association de psychanalyse Jacques-Lacan (APJL). Miembro del Comité de redacción de la revista *Psychanalyse Yetu* (Erès), miembro del Comité científico de diversas revistas de psicoanálisis y de clínica, director de colecciones (PUM, Érès.).

Prof. Dr. Antonio Quinet

Doctor en Filosofía (Université Paris-VIII), psiquiatra (Université Paris XIII) y psicoanalista. Profesor e investigador de la Maestría y del Doctorado en Psicoanálisis de la Universidad Veiga de Almeida (UVA) de Río de Janeiro. Editor de la revista francesa *En-Jeu* y de la revista brasileña *Stylus*. Autor de varios libros de relevancia en la formación psicoanalítica y universitaria, que han sido traducidos a varias lenguas, entre ellos: *As 4 + 1 condições da análise*, *Os outros em Lacan*, *Teoria e clínica da psicose*, *A descoberta do inconsciente*, *Psicose e laço social*, *Édipo ao pé da letra*, *Um olhar a mais - ver e ser visto na psicanálise*, *Le plus de regard*, entre otros.

Prof. Dr. María de los Ángeles Gómez Escudero

Doctora en Medicina (Université de Paris V). Psicoanalista. Consultora de la UNESCO e investigadora asociada del INSERM. Profesora e investigadora del Departamento de Psicología de la University of Puerto Rico. Docente de la Universidad Iberoamericana (México), catedrática

del Programa Graduado de Ciencias de la Conducta de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, y del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Central del Caribe. Miembro del comité editorial de la revista Intervalo. Coordinadora del libro El psicoanálisis: una experiencia por venir, publicado por Editorial Fundamentos de España. Autora de múltiples presentaciones y publicaciones en revistas especializadas.

Prof. Mg. Gloria Peláez Jaramillo

Profesora titular e investigadora de la Universidad de Antioquía (Colombia). Psicoanalista. Magister en Filosofía (Instituto de filosofía Universidad de Antioquía, Medellín), Especialista en familia (Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín). Psicóloga (Universidad de San Buenaventura, Medellín); Psicoanalista. Decana de la Facultad de ciencias sociales y humanas de la Universidad de Antioquia 2013-2016. Miembro fundadora del grupo de investigación Psyconex-psicología, psicoanálisis y conexiones, categoría C, grupo reconocido por Colciencias.

Prof. Dr. David Bernard

Maître de conférences en Psicopatología (Université Rennes 2), habilitado para dirigir investigaciones. Responsable del grupo de investigación "Clinique de la langue dans la modernité" (Laboratoire "Recherches en psychopathologie: nouveaux symptôme et lien social", EA4050). Doctor en Psicopatología, Université de Toulouse. Maître de Conférences (Université de Rennes). Autor del libro "Lacan et la honte" y director de la obra colectiva: "Lacan avec Wedekind. Une autre lecture de l'adolescence", Presses Universitaires de Rennes (PUR), 2019. Autor de numerosas publicaciones en revistas de la especialidad, entre ellas: "Adolescence et savoir parental", "A marca do desejo parental», «Schreber et la musique», "Le capitalisme et la honte", "Honte et paranoïa".

Índice

Presentación _____	13
---------------------------	----

Julieta De Battista

PRIMERA PARTE

La medicalización de la locura

Julieta De Battista (Coordinadora)

Capítulo 1

Saber-poder en el origen de la psiquiatría _____	19
--	----

Julieta De Battista

Capítulo 2

Breves apuntes sobre los asilos en Buenos Aires _____	26
---	----

Nicolás Campodónico y Mariana Dinamarca

SEGUNDA PARTE

Paradigmas en la psiquiatría

Sergio Zanassi (Coordinador)

Capítulo 3

Introducción. Una periodización posible _____	39
---	----

Sergio Zanassi

Capítulo 4

Primer paradigma: la alienación mental (1793-1854) _____	44
--	----

Sergio Zanassi, Jesuán Agrazar y Julieta De Battista

Capítulo 5

Segundo paradigma: las enfermedades mentales (1854-1926) _____ 63

Jesúan Agrazar, Martina Fernández Raone y Julieta De Battista

Capítulo 6

Tercer paradigma: estructuras psicopatológicas (1926-1977) _____ 79

Martina Fernández Raone, Mercedes Kopelovich y María Ester Hoggan

Capítulo 7

Aportes, conclusiones y discusión _____ 92

Julieta De Battista, Sergio Zanassi y Jesúan Agrazar

TERCERA PARTE

Fenómenos elementales

Julieta De Battista (Coordinadora)

Capítulo 8

Introducción _____ 97

Julieta De Battista

Capítulo 9

Alucinaciones _____ 101

Mariana Dinamarca y Julieta De Battista

Capítulo 10

Automatismo mental _____ 113

Jesica Varela y Julieta De Battista

Capítulo 11

Interpretación _____ 124

Julieta De Battista

Capítulo 12

Lacan y los fenómenos elementales _____ 137

Julieta De Battista

Capítulo 13

Aportes, conclusiones y discusión _____ 154

Julieta De Battista

CUARTA PARTE

Paranoias

Julia Martin (Coordinadora)

Capítulo 14

Introducción _____ 158

Julia Martin y Nicolás Maugeri

Capítulo 15

La definición clásica de la paranoia _____ 163

Julia Martin, Nicolás Maugeri y Analía Regairaz

Capítulo 16

Formas paranoicas de la experiencia _____ 177

Julia Martin, Jesica Varela y Nicolás Maugeri

Capítulo 17

Aportes, conclusiones y discusión _____ 199

Julia Martin

QUINTA PARTE

Melancolías, manías y formas mixtas

Luis Volta (Coordinador)

Capítulo 18

Introducción _____ 205

Luis Volta

Capítulo 19

Melancolías sin delirio y melancolías delirantes _____ 209

Selika Ochoa de la Maza y Julieta De Battista

Capítulo 20

Formas alternantes de manía y depresión _____ 230

Anahí Erbetta, Juan Manuel Blanco y Julieta De Battista

Capítulo 21

La temporalidad en manía y melancolía _____ 246

Luis Volta y Anahí Erbetta

Capítulo 22

Aportes, conclusiones y discusión _____ 264

Julieta De Battista

SEXTA PARTE

Esquizofrenias

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 23

Introducción _____ 267

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 24

La demencia precoz en Kraepelin _____ 270

María Romé y Mercedes Kopelovich

Capítulo 25

El grupo de las esquizofrenias en Bleuler _____ 286

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 26

Los aportes fenomenológicos a la esquizofrenia _____ 297

María Romé y Mercedes Kopelovich

Capítulo 27

Aportes, conclusiones y discusión _____ 308

Julieta De Battista

SÉPTIMA PARTE

Psicosis tóxicas

Claudio Fontana y Martín Saltzman

Capítulo 28

Episodios psicóticos causados por tóxicos _____ 310

Claudio Fontana y Martín Saltzman

OCTAVA PARTE

Psicofarmacología clínica

Pedro Damián Gargoloff

Capítulo 29

Introducción _____ 326

Capítulo 30

Antidepresivos _____ 330

Capítulo 31

Antipsicóticos _____ 335

Capítulo 32

Estabilizadores del ánimo _____ 341

Capítulo 33

Ansiolíticos _____ 346

Capítulo 34

Psicoestimulantes, drogas para demencias y adicciones _____ 351

Capítulo 35

Normativas para el tratamiento _____ 355

Glosario de autores de la psiquiatría clásica _____ 373

Los autores _____ 376

CAPÍTULO 2

Breves apuntes sobre los asilos en Buenos Aires

Nicolás Campodónico y Mariana Dinamarca

En este capítulo aportaremos un recorrido sucinto acerca de la instalación del asilo en la provincia de Buenos Aires. Como ya vimos en el capítulo anterior el dispositivo asilar responde al ejercicio de un poder disciplinario y es a partir de allí que un saber sobre la patología mental comienza a constituirse.

La configuración del campo de la salud mental se puede caracterizar como un proceso que se fue dando a través del pasaje de un modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas que se desarrollan en la actualidad. Estas políticas en salud mental implican, a su vez, hablar del recorrido que va del paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos (Arriaga, Ceriani, & Monópoli, 2013). Ante la crítica al sistema asilar-manicomial, la generación de propuestas asistenciales diversas a ésta, es posible de ser situada en los comienzos de los años cincuenta en el siglo pasado, ligada, por un lado, a la instauración del Estado Social en los países centrales, y por otro, posteriormente, a los movimientos sociales tendientes a cuestionar órdenes reinantes.

La redistribución operada por las políticas sociales en esa época tendía a proveer márgenes de salud y bienestar a la población y a mantener los límites de los conflictos sociales dentro del dominio del saber técnico-administrativo. Podemos mencionar que la mayoría de las transformaciones en salud mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa y la reforma psiquiátrica italiana, entre otras. Sin embargo, con excepción de la experiencia italiana, todas estas experiencias terminan coexistiendo con los manicomios y, en algunos casos, viendo reaparecer los supuestos objetivantes y segregativos en las prácticas supuestamente innovadoras. De este modo, resulta necesario plantear las coordenadas del surgimiento de la psiquiatría, que nace como rama de la medicina a fin de responder a una demanda de época consecuente al nacimiento de los estados modernos.

Inicios de la práctica asilar en Buenos Aires

Argentina siguió de cerca las vicisitudes que experimentaron la mayoría de los países europeos por la misma época en que fue inscribiéndose la psiquiatría en el campo disciplinar. Hacia mediados del s. XVIII, la aldea colonial tenía un hospital llamado “San Martín”. En un rancho

anexo al Hospital, llamado vulgarmente "El Loquero", se alojaba a los enfermos mentales. El "San Martín" era sólo una modestísima enfermería con alrededor de docena y media de camas y un número exiguo de médicos con mayor buena voluntad que aptitud. Dicho nosocomio lo conducían los padres jesuitas, hasta que en 1748 arribaron de España seis curas Betleheimitas. En 1734, Don Ignacio Bustillo y Zevallos donó parte de sus tierras a la congregación jesuita - terrenos situados hoy en el Alto de San Pedro, manzana encuadrada por Defensa, Balcarce, Humberto I y San Juan-. Ese predio estaba destinado a la construcción de una casa para labores de carácter comunitario con exclusión de otras (confesionales, escolares), lo que en el lenguaje eclesial se entiende como "Residencia". El mismo predio incluiría una chacra vecina. Ambas, residencia y chacra, se denominaron "de Belén."

Poco antes que los jesuitas fueran expulsados en 1767, sus cófrades -los religiosos de Nuestra Señora de Belén Betleheimitas, a cargo del Hospital de Santa Catalina-, lograron que las autoridades les cedieran, no sólo La Residencia y La Chacra, sino inclusive unos terrenos hacia el oeste. El propósito era construir allí un pabellón para instalar en él un lugar de descanso -se supone que de allí surge su nombre: La Convalecencia-, que sirviera para alojar a enfermos en tren de recuperación, dados de alta en el Santa Catalina que sólo se ocupaba de internar casos agudos. Desde 1769, los Betleheimitas se hicieron cargo de las propiedades de los jesuitas, trasladaron a los insanos del Hospital de Santa Catalina a la Residencia de Belén, que pasó a llamarse "Hospital de La Convalecencia" y que, de hecho, se había constituido en el Hospital General de Hombres, sucesor del Loquero.

Destinaron el hospital a la internación de incurables, locos y contagiosos. En 1770, el Hospital de Santa Catalina, ex San Martín perteneciente a los religiosos de Nuestra Señora de Belén comienza a recibir dementes que eran enviados desde el Cabildo (cárcel de Buenos Aires en ese entonces). Aquí, eran empleados como sirvientes o enfermeros o, en caso de no poder cumplir esas tareas, los asilaban en un rancho contigüo al hospital llamado "Loquero." Desde 1799, destinaron la residencia a internación de incurables, locos y contagiosos cuidados o gobernados por un capataz que llevaba un látigo en la mano para golpearlos y sólo por el terror se hacía respetar y obedecer. El Loquero fue la cuna del actual Neuropsiquiátrico Borda (Falcone, 2013).

En la época de Rivadavia (1823-26), coincidiendo con la nacionalización de la Iglesia, se pensó en dar a los hospitales una administración civil dirigida por los profesores de la recién creada Escuela de Medicina (1821). Pocos médicos había hasta ese entonces en el Río de La Plata, la salud pública dependía del Real Protomedicato de Lima. En 1822, se aconseja el cierre del Hospital de Santa Catalina y se interviene en la administración de los Betleheimitas. Se confió a los médicos el examen de todas las personas sometidas a acción policial o judicial.

Bajo la reforma iniciada por Rivadavia se destaca el comienzo de una nueva generación de médicos egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, quienes se pronunciaban a favor de contar como primer maestro al destacado Pinel. La primera tesis de psiquiatría que surge de esta Escuela es la de Diego Alcorta, en 1827, bajo el título de "La Manía Aguda." Fue la primera tesis publicada en el país y representa las aspiraciones de los nue-

vos facultativos de generar cambios en la situación de los alienados. Esta tesis se inspira en las enseñanzas de Pinel y le otorga al tratamiento moral toda la importancia.

La nueva generación de médicos fue la encargada de presentar en la Legislatura y en la Municipalidad numerosos proyectos de mejoras edilicias en los hospitales de alienados. Estos médicos, electos municipales, habrían de ser los promotores de la reforma para el tratamiento de los asilados, que comprendía la emancipación y la defensa humanitaria de los alienados.

La primera comisión creada había señalado la dificultad de producir las reformas necesarias mientras no se resolviera el problema de los crónicos. La estrechez de la ubicación del hospital hacía imposible los ensanchamientos necesarios para permitir la internación de nuevos pacientes. La presencia de siete u ocho internos en el mismo cuarto no hacía posible la vigilancia y por ende no podían evitarse los excesos. En el año 1859, el Dr. Ventura Bosch encarga al presbítero G. Fuentes -cura de la parroquia de San Miguel- la construcción de un asilo para enfermos al que se le dio el nombre de Hospicio de San Buenaventura, en homenaje al iniciador de esta obra. El edificio fue levantado en los terrenos que actualmente le pertenecen al Hospital Rawson y dio comienzo a sus funciones el 11 de octubre de 1863.

El primer Director del Hospicio fue el Dr. José María Uriarte. Su empeño estuvo en instituir el trabajo, fundó talleres, y no cedió en la búsqueda de la ampliación del asilo. El hospicio se inaugura con una población de 123 insanos que venían de todas las provincias, por no existir otro establecimiento de caridad para el tratamiento de los alienados.

Por la misma época, a diferencia de Argentina, en Francia había 99 asilos de alienados, número que en 1869 ascendió a la cifra de 103. Entre fines de 1863 y principios de 1864 – en el momento en que Uriarte se hace cargo de la dirección del asilo, la situación de los enfermos mentales se describe del siguiente modo: pacientes atacados de cólera, comedores donde todavía se veían las cadenas que recordaban las antiguas prisiones y que servían para unir las mesas por los pies, a fin de que aquellos no las removieran. El médico asistía todos los días al hospicio y la mayoría de los empleados hacían otro tanto. Por las noches cerraban con llave las puertas de las habitaciones, dejando dentro a los alienados y se retiraban a sus casas. Meléndez, sucesor de Uriarte en la dirección- afirma: “es duro decir que la asistencia médica no era posible (...) durante el día todo se encontraba en completo desquicio y los desgraciados alienados eran las víctimas contra quienes se ensañaban los rudos e inhumanitarios asistentes que parecían rentados para cometer actos de crueldad”. (Meléndez, 1880: 9). Si bien la situación mejoró en algo con la venida de Uriarte, la asistencia a los pacientes seguía siendo irregular. Su mayor esfuerzo se centró en pasar las noches en el hospicio, con el objeto de disciplinar y moralizar el servicio. Aun cuando se pudo lograr una mejor alimentación de los alienados, se buscó una mayor ocupación en trabajos agrícolas y mayor atención en el tratamiento médico.

En 1873, después del fallecimiento del Dr. Ventura Bosch, el Hospicio de San Buenaventura recibió el nombre de Hospicio de las Mercedes, bajo la advocación de la Virgen de las Mercedes, patrona de presos y asilados. El Hospicio de las Mercedes conserva su denominación hasta 1949, cuando cambia por la de Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de

Hombres. En 1967 recibe su denominación actual: Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda.

Meléndez y el Hospicio de las Mercedes

En 1876, a la muerte de Uriarte, se hace cargo de la dirección del Hospicio Lucio Meléndez. Una nueva era fue abierta con el nombramiento de Meléndez. Este hombre de ciencia, vinculado desde hacía varios años al cuerpo docente de la Facultad de Medicina, efectuó cambios radicales, ensanchando el edificio y poniéndolo en condiciones cada vez más favorables. Hacia 1879, el servicio era bueno, aunque la queja por la falta de espacio continuaba. El edificio primitivo se construyó para 120 insanos y ya en 1881 contaba con 408 pacientes (Ingenieros, 1919). Los asilados aumentaban y a raíz de esta situación cincuenta de ellos fueron trasladados al Hospital San Roque y se dispuso la construcción de obras ampliatorias.

El Dr. Meléndez pide la construcción de pabellones aislados, distribuidos “de tal modo que queden separados del antiguo por medio de jardines que sirvan de recreo a los insanos, permitiendo la entrada de luz y aire de que hoy carecen” (Ingenieros, 1919: 205). En su plan exigía que se separase a los alienados agudos de los crónicos, a los convalescientes de los agitados, a los dementes de los paralíticos, epilépticos, semiagitados, crónicos. En el mismo proyecto solicita, además, la creación de una Colonia de Alienados en una finca provincial, proyecto que se concretaría más tarde, con la creación del *Open Door* en Luján. Su intención era terminar con el hacinamiento provocado por el ingreso de enfermos mentales provenientes de las provincias, él mismo decía “el manicomio había nacido insuficiente” (Meléndez, 1880).

En 1883, se terminaron tres salones y en 1885, dichas obras estuvieron concluidas. En 1887, una comisión evaluadora del hospicio declara que en el mismo funcionaban los siguientes departamentos: pensionistas tranquilos, semiagitados, destructores, furiosos, alienados delincuentes, convalescientes, epilépticos y paralíticos. Además de tres barracas para crónicos. Diez años a cargo de la dirección del asilo son necesarios para que Lucio Meléndez, tras empeñosos esfuerzos de dedicada vocación humanista, viera satisfechos sus deseos. El Hospicio de las Mercedes intentaba por este medio poner fin a la centralización del tratamiento de las enfermedades.

Podemos ilustrar estos apuntes históricos tomando en cuenta las variaciones edilicias experimentadas, tomando el ejemplo de tres momentos arquitectónicos del Hospital (Stagnaro, 1996). La parte más antigua de la época de Ventura Bosch, incómoda, escasa de luz, de aire, de higiene es reflejo de la triste época en que la coerción violenta servía para doblegar a los enfermos. La segunda construcción, que tiene ya sus ventajas sobre la anterior, responde a la dirección de Meléndez y consta de espaciosos dormitorios, comedores, enfermerías, etc. La última etapa, la de Cabred, responde según el testimonio de Ingenieros a “las más escrupulosas exigencias de la clínica psiquiátrica. Todo está reunido en ellos: vigilancia y tratamiento, estética y comodidad, disciplina y libertad” (Ingenieros, 1919: 211).

El Hospital de Alienadas (hoy Braulio A. Moyano)

En 1852 se habilita un “patio para mujeres dementes” en el Hospital General de Mujeres. La reducida capacidad del espacio designado y el creciente número de enfermas que albergaba movieron a la Sra. Tomasa Vélez Sarsfield, inspectora del Hospital General de Mujeres, a solicitar al gobierno la autorización para crear una casa correccional de mujeres en el edificio conocido como “Convalescencia”.

De este modo, el 28 de marzo de 1854, al norte y a callejón de por medio del Hospital masculino, se crea el Hospital de mujeres dementes. Al principio contaba con una población de 68 enfermas, trasladadas del Hospital de Mujeres. Éste habría sido el primer manicomio femenino en el predio donde hoy se encuentra emplazado el Hospital Braulio A. Moyano. Por entonces, la atención médica era insuficiente, pues la dirección del asilo estaba confiada a las señoras de la Sociedad de Beneficencia, que la delegaban en religiosas. Los médicos pasaban de visita por la mañana, quedando las pacientes en manos de las religiosas el resto del día, quienes decidían sobre las medidas terapéuticas a aplicar en caso de emergencia. En 1880, pasó a depender del gobierno nacional. Había entonces 384 enfermas. En 1894, el entonces director Dr. Piñero convocó al ingeniero C. Nystromer, quien hizo los planos del hospital con 28 edificios y capacidad para 1200 camas. Contaba con cocina central, sección de pacientes agitadas, tranquilas y pensionistas, y se inauguró el 31 de julio de 1908.

Hasta 1945, el hospital fue administrado por las damas de beneficencia. En esa fecha, debido a disidencias planteadas con la Sra. Eva Perón, fueron expulsadas y el hospital pasó a depender administrativamente de Previsión Social. El sistema de residencias médicas funcionó desde 1965. En 1967 se propone el nombre de Hospital Nacional Dr. Braulio A. Moyano como homenaje perdurable a la memoria del eminente anatomopatólogo.

El legado de Domingo Cabred

En 1892, el Dr. Domingo Cabred asume la dirección del Hospicio de las Mercedes que, por ese entonces, seguía siendo el único establecimiento destinado al tratamiento de los alienados. Cabred no descansó en sus intentos por influir sobre los círculos del poder político y sobre la opinión pública hasta lograr la sanción, en setiembre de 1897, de la Ley 3548, que ordena la creación de la primera colonia destinada únicamente a enfermos mentales para toda la República. Así se crea la Colonia Nacional de Alienados en Luján, con “sujeción a las reglas del nuevo sistema escocés de hospitalización y asistencia médica de los alienados en los asilos de puertas abiertas, *Open Door*”. (Iacoponi, 1996: 77)

La noticia de la creación de la Colonia *Open Door* en Luján fue recibida con recelo. En efecto, se intentaba alojar a miles de locos sueltos a menos de dos leguas del poblado. Vaticinios espantosos hablaban de invasiones de locos, asesinatos en masa y hasta se intentó la creación de un movimiento popular que se opusiera con firmeza al proyecto estatal de considerar a seres tan peligrosos como vecinos. La opinión de éstos con respecto al “loco” nada había cam-

biado respecto de épocas pretéritas. Pero nada de esto alcanzó para frenar el proyecto y el 21 de mayo de 1899, se llevó a cabo la ceremonia de la colocación de la piedra fundamental, que fue presidida por el Sr. Presidente de la República y padrino de la obra, el teniente general Julio A. Roca.

Dos años más tarde, el 11 de agosto de 1901, con 109 camas se inauguraba oficialmente la Colonia Nacional bajo la dirección del Dr. Cabred. Se inició como una colonia para la producción agrícola en gran escala. Sus primeros pacientes entraron en medio de la ejecución de obras, y se incorporaron a la construcción de las mismas como albañiles, herreros y carpinteros. Los enfermos trabajaban cada cual en lo que sabía. De este modo, se fueron poniendo en marcha actividades laborales, entre ellas fabricación del pan y del jabón para el uso interno, la de la ropa para los pacientes, un taller de fundición, otro de hojalatería etc. También existía un tambo para cubrir las necesidades diarias, un criadero de cerdos, otro de aves. Un campo de 535 hectáreas, que fueron adquiridas no sólo para dar a los enfermos sensación de libertad y aire libre, sino por sobre todo para intentar un retorno a la normalidad, a través de la más sana distracción y terapia a la vez: el trabajo. Lucía Iacoponi (1996), lo define como un Centro de Rehabilitación.

Financieramente, la Colonia fue una unidad productiva con saldos muy positivos. El erario público obtenía un marcado alivio, ya que se contaba con que la colonia generara importantes recursos para su propio mantenimiento. Al poco tiempo, la colonia tuvo un aspecto similar al de un pueblo que lograba casi autoabastecerse. Había muchos ahorros porque la producción de alimentos y la mano de obra para la construcción eran aportadas por los pacientes.

La colonia *Open Door* estaba compuesta por villas o pabellones del estilo suizo- francés, rodeados de galerías de una elegante arquitectura. Estas construcciones estaban separadas entre sí por amplios espacios de jardines y bosques. La disposición de la edificación se realizó en dos sectores que determinaban prácticas terapéuticas y de vida distintas. Por un lado, estaba el sector del Asilo Central, destinado a enfermos agudos o crónicos con episodios que necesitaran vigilancia, aislamiento pasajero y clinoterapia.

Por otro lado, estaba el sector de la Colonia propiamente dicha, dedicado al mayor número posible de alienados que pudieran adaptarse al régimen de *Open Door*: trabajando en tareas agrícolas, de granja y demás talleres. En cada villa había un “guardián enfermero” responsable y cada 10 alienados había un “enfermero o cuidador”. Su función era ser el acompañante permanente del grupo en el trabajo, en el juego, en los paseos al aire libre y en las caminatas. Trabajaban a la par de los enfermos y tenían un papel activo en las propuestas recreativas o deportivas, por lo que tenía que ser enfermero o una persona capacitada para tal fin.

El enfermero debía intervenir a la par del grupo en todas las actividades, desempeñando en cierta forma el papel de modelo. Este debía acreditar la presencia de cada paciente en la lista que entregaba al regreso de todos al pabellón, ya que las villas estaban abiertas de día, pero cerradas de noche. Además de la lista con las presencias, el capataz enfermero debía llevar otra lista firmada por el médico con el número de horas de trabajo de cada paciente. Los que tenían horario completo cumplían una jornada de ocho horas, con un intervalo de tres para

descansar. Las actividades eran grupales, con una paga en donde se retribuía el esfuerzo al paciente. Las tareas eran muy diversas, desde tareas agrícolas, criadero de aves y cerdos, fábricas de ladrillos y las actividades de taller.

Cabred pretendía extender este sistema de *Open Door* a todo tipo de alienado y remarcaba que la función de los asilos-colonia era la de dar asistencia y educación. Prácticamente no había fugas, supuestamente debido al bienestar de los enfermos. Cabred sostuvo la importancia de un tratamiento donde el enfermo desarrollara tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad compatible con su estado y con la posibilidad de realizar también un sinnúmero de tareas complementarias que canalizaran habilidades laborales.

Domingo Cabred mantuvo la dirección de la Colonia hasta 1916, año en que es reemplazado por Javier Brandan, por el período 1916-21, y luego por Alfredo Scarano entre 1921 y 1930. Con el paso del tiempo, llegaron también las desilusiones. En 1918, los internados eran 1.250, y cinco años más tarde, el hospital es intervenido para terminar con el estado generalizado de desorden y corrupción. El personal nunca estaba en el cumplimiento de sus funciones y se destituyeron muchos cargos. Se tomaron entonces medidas administrativas y de disciplina, que tenían como objetivo la reflexión del personal tanto dentro como fuera de las instalaciones. La situación se vislumbraba como completamente distinta: holgazanería, talleres cerrados, campos abandonados o cedidos a particulares para lucro personal, pacientes que deambulaban o vegetaban. El asilo se había convertido en un depósito de enfermos.

Nuevos proyectos para la asistencia de los alienados en los años '30 y '40

En 1927, comienza a conocerse en algunos círculos muy reducidos el preproyecto, presentado por Fernando Gorriti, de constitución de la Liga de Higiene Mental. La Liga de Higiene es el resultado de las aspiraciones centradas en la “modernización del tratamiento de los alienados”, procurando equiparar los progresos obtenidos en el ámbito de la medicina general. Este proyecto se inscribe fuera de las fronteras de nuestro país en el interés de seguir los lineamientos de la “Psiquiatría moderna” en la atención de la enfermedad mental.

Luego de su función primordial centrada en la profilaxis de las enfermedades mentales, uno de los objetivos más importantes fue desarrollar, con recursos ya implantados en Alemania y Francia, la asistencia psiquiátrica abierta, en oposición al modelo asilar, cerrado o de internación. Las mismas iniciativas se habían empezado a proponer en países sudamericanos con anterioridad; por ejemplo, en 1922 Honorio Delgado presenta en Perú el programa sintético de Higiene Mental.

Si bien existía desde hacía unos años el preproyecto de la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, su fundación se concreta en 1929, bajo la dirección de Gonzalo Bosch y comienza a funcionar con sus Consultorios Externos en el Hospicio de las Mercedes, en 1931. Esta iniciativa pone en evidencia la insuficiencia de las Sociedades de Beneficencia y propone pasar a un programa organizado científicamente, con personal idóneo y capacitado. Su propósito fue plantear la práctica hospitalaria abierta que, como nuevo recurso en nuestro país, ya se

había comenzado a implantar tímidamente en 1922, en el Hospital de Alienados de Rosario y dos años más tarde en el Dispensario del Hospital de Alienadas de Buenos Aires.

Una de las funciones más importantes de la Liga fue crear los Servicios de Higiene Mental, acompañados por el Servicio de Asistentes Sociales para aquellos pacientes que revestían menor gravedad. Dentro del programa de la Liga, y cumpliendo con sus propósitos, los asistentes sociales realizarían fichas biotipológicas, fichas psíquicas y perfiles psicológicos y sociales con fines preventivos y para arribar a un diagnóstico y tratamiento social correspondiente. La visitadora o asistente inspeccionaba el domicilio del solicitante para recoger la información que haría posible el diagnóstico. La asistencia social comprendía actividades orientadas a combatir las causas de la miseria, la indigencia y la pobreza; y destinadas a prevenir la invalidez, la falta de recursos, de alimentos o de alojamiento.

Estas primeras iniciativas no confiaban solamente en el buen corazón y la buena voluntad para la correcta dirección de las obras de beneficencia, de caridad y filantrópicas, sino que suponían la necesidad de conocimientos científicos para llevar adelante dicha obra. Con este espíritu se inician las primeras carreras terciarias de visitadoras y asistentes sociales para comenzar a formar a estos nuevos profesionales –diferenciados en sus tareas de las actividades del personal de enfermería–.

Los servicios de asistentes sociales, la apertura de consultorios externos y las actividades mismas de las visitadoras coinciden con los objetivos generales de las prácticas asistenciales abiertas. Se trataba de evitar el tratamiento asilar cerrado y de paliar las construcciones hospitalarias insuficientes que tenían consecuencias negativas sobre todo en el hacinamiento de pacientes y los tratamientos limitados. Desde este momento, la tarea asistencial abre nuevas perspectivas en el trato con los pacientes y su radio se fue ampliando hasta cubrir un amplio campo de acción en el control y asistencia de la población con una importante proyección sociológica para la época.

A partir de 1946, se produce un cambio importante en materia de salud, pues comienza a prevalecer la idea de estado prestador a la vez que planificador hegemónico de la totalidad de los servicios de salud. Esta tendencia se venía gestando desde 1943, cuando a nivel del gobierno nacional se crea la Dirección Nacional de Salud Pública, dependiente del Ministerio del Interior.

Con fecha 23 de mayo de 1946 se da un paso más en el mismo sentido creando la Secretaría de Salud Pública, con categoría de Secretaría de Estado, asignándole al funcionario superior la jerarquía de Ministro. El Dr. Ramón Carrillo asume como primer Secretario, con rango de Ministro. Carrillo profundiza importantes cambios a nivel de la salud pública. El nuevo concepto de estado y de sus funciones propone abandonar la beneficencia y la caridad para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos.

El 11 de octubre de 1957, siguiendo la línea de estos cambios, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Sus finalidades fueron:

- a) prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas,
- b) promover la investigación científica de esta materia;
- c) Prestar asistencia integral a los enfermos mentales,
- d) Contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos.

El Consejo Nacional de Salud Mental estaba compuesto por Mauricio Goldenberg, Jorge García Badaracco y Raul Usandivaras. Ellos prepararon el Proyecto de Reglamentación Orgánico Funcional del Instituto Nacional de Salud Mental. El proyecto tuvo en cuenta las reglamentaciones en Salud Mental más avanzadas y modernas. Se preparó considerando las recomendaciones y sugerencias de la flamante Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los dos núcleos esenciales de la reforma estaban constituidos por el proyecto de privilegiar las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos y el “Plan Goldenberg” para la Capital Federal. Este último postulaba la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de Salud Mental. El Plan Goldenberg logró una reformulación de lo asilar cuyos efectos aún perduran.

En un acuerdo con los informes del Comité de Expertos en Salud Mental (OMS) surge la nueva tendencia de la psiquiatría social, en oposición a los 16 manicomios cerrados. Se proponen las técnicas interpretativas psicodramáticas (Moreno) y de apoyo, con la finalidad de estudiar la modalidad relacional y el clima social entre los internados; grupos de madres e hijos de esquizofrénicos dirigidos por médicos y observadores; la inclusión de la familia en el tratamiento del enfermo mental; grupos de internados dirigidos por médicos y observadores, la psicoterapia individual, el estudio del funcionamiento de la comunidad, estudio de roles, etc.

En síntesis, los cambios fueron muchos y comprendían otro concepto de salud y enfermedad, un nuevo rol para la psiquiatría, y modificaciones importantes a nivel institucional. En el área asistencial se estimuló la creación de Centros de Salud Mental independientes o incorporados a los hospitales generales como Servicios de Psicopatología. El primero en esta línea fue el Centro de Salud Mental Ameghino (1948), luego el Servicio de Psicopatología del Hospital Evita de Lanús, a cargo de M. Goldenberg (1958). De este modo, se pretendía reducir al máximo la internación de los enfermos y propiciar su atención por consultorios externos. Se hace evidente en poco tiempo, por un lado, el crecimiento acelerado de los establecimientos hospitalarios del sector público, y por otro el énfasis en la prevención como medio eficaz para evitar la aparición de patologías.

Desde la década del '40 se afianzó el Estado de Bienestar en la Argentina, de característica populista, mediante el surgimiento y consolidación del peronismo. La creación desde el estado de organizaciones burocráticas sindicales que comienzan a administrar las recién nacidas obras sociales, desembocó, para Carpintero (2011), en la alianza de este nuevo actor del campo de la salud con los psiquiatras manicomiales en su defensa del dispositivo asilar.

El ministro de salud desde 1946 a 1952 fue el neurólogo Ramón Carrillo. En salud mental intentó dar soluciones materiales a problemas tales como la falta de capacidad hospitalaria y de coordinación entre distintas jurisdicciones responsables del tratamiento de la locura. Así, se reformaron e inauguraron nuevos lugares de atención, tales como los nuevos Hospicios cons-

truidos por pabellones. En el ámbito de la psiquiatría fue controvertido. Por un lado, encontró apoyos en los psiquiatras nacionalistas de los Hospitales y Colonias, especialmente en el Hospicio de Hombres. Estos, junto con los burócratas sindicales, fueron los que echaron a Enrique Pichón Rivière del hospital acusándolo de “comunista” y de “promover la homosexualidad”, por haber comenzado a implementar grupos terapéuticos con los pacientes. Pero el gremio médico y la mayor parte de los psiquiatras ligados al Higienismo no apoyaron las reformas de Carrillo. Para el autor, en esos años del gobierno peronista el deterioro de la situación en los manicomios se mantuvo.

A mediados de la década del '50 las tareas por realizar eran enormes debido a las condiciones desastrosas de los hospicios. Durante el año 1957, con la imposición del desarrollismo como estrategia económica, política y social en el período del gobierno de Frondizi y durante la dictadura de Onganía, se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “campo de la salud mental”:

1°) se crea el Instituto Nacional de Salud Mental.

2°) el Dr. Mauricio Goldenberg funda el primer servicio de psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, fuera de un hospital psiquiátrico.

3°) se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.

Ya no era solamente el psiquiatra el único responsable de la salud mental, también aparecieron otros actores, en especial los psicólogos que, a pesar de tener severamente limitada la práctica clínica, fueron ganando importantes espacios en los hospitales y centros de salud mental, aunque en muchos casos debían trabajar gratis.

Las conceptualizaciones del psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología institucional y la psiquiatría comunitaria comenzaron a interesarse por la realidad de las instituciones manicomiales con una mirada crítica que ponía el acento en la necesidad de desplegar prácticas comunitarias y preventivo-asistenciales. Durante estos años se crearon las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en hospitales generales, los hospitales de día y las comunidades terapéuticas. A la vez se difundieron los abordajes terapéuticos que mostraban los beneficios potenciales de extender los límites del psicoanálisis: los tratamientos grupales, familiares e institucionales, el psicodrama, la psicología social y el psicoanálisis de niños.

Sin embargo, la estructura manicomial siguió vigente, apoyada por los diferentes poderes políticos que atraviesan las décadas del '60 y '70, los cuales prohibieron y reprimieron algunas experiencias. Las reformas de esta época han quedado como el testimonio de experiencias parciales que no fueron integradas a un plan Nacional de Salud Mental.

La dictadura cívico-militar de 1976 instala finalmente el Terrorismo de Estado. Se destruyen los servicios de salud mental. Las instituciones fueron intervenidas por una burocracia cívico-militar en el marco de un proceso abocado a llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. En este momento, empieza a afianzarse una política privatista decidida en el campo de la salud. Es decir, si hasta ahora el Estado se había desentendido de la Salud Mental, empiezan a

tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

Cuando a principios de los ochenta se inicia el período de transición democrática, se intenta generar una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos por la dictadura. Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud se realizan experiencias como la del Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por la falta de un presupuesto adecuado y de la decisión política para continuarlas. Nuevamente se comienza con planes pilotos que finalizan al breve tiempo por no contar con un apoyo del Estado.

En tal sentido, Enrique Carpintero (2011) enfatiza que la historia de nuestro país es la historia de planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX. El mayor logro, en esta época, fue la reforma antimanicomial realizada en la provincia de Río Negro.

Finalmente, en los '90 se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda principalmente en manos del mercado, es decir, de los grandes laboratorios y empresas de medicina. Como señala Maitena María Fidalgo (2008):

El panorama general del sector salud muestra una aguda crisis de seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder adquisitivo, fragmentando, y diferenciando planes de salud de acuerdo a la capacidad de pago. Así, el ámbito sanitario se consolidó como un mercado más, radicalizándose la puja distributiva que se registraba desde hacía décadas.

Su consecuencia es una "derechización" de la gestión de las crisis sociales que modificará las reglas de juego en el campo de las políticas sanitarias. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública para servir a los intereses privados. De esta manera, se produce el desmantelamiento de las instituciones públicas, ya que la salud queda en manos de la iniciativa privada cuyo eje ordenador es la relación costos-beneficios. El proceso de globalización capitalista trae aparejadas la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población que quedan así desplazados a los márgenes de la sociedad.

Y como hemos mencionado, al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, le resulta muy costoso seguir sosteniendo grandes estructuras manicomiales e inversiones en salud. Los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desmanicomialización de la Salud Mental. Es en este contexto que situamos la sanción por la Cámara de Senadores y Diputados de la Nación, de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Ley que plantea en sus artículos algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.

Es así que nos encontramos con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26627, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, y es a partir de ésta que se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación propias del siglo XIX. Por otra parte, en dicha Ley, el artículo 3° reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley Argentina de Salud Mental, 2010: 9).

Se puede ver como la concepción teórica que subyace a las prácticas de Atención Primaria de la Salud Mental, descansa en una dimensión bio-psico-social, en donde lo psíquico aparece como epifenómeno del organismo que sufre las consecuencias del ambiente o los factores externos y los factores biológicos.

La Ley Nacional de Salud Mental ha instalado un indispensable debate público respecto de la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales. La ley expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado altamente refractario al cambio y en el cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas. Una de las cuestiones que ha favorecido el nuevo paradigma en salud mental se vincula a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de la autonomía, la dignidad y la equidad social.

Para Carpintero (2011), el contexto político que posibilita la sanción y promulgación de la ley es justamente el del avance de la globalización de la economía de mercado. En tal sentido, el autor señala que los elevados costos de internación de los grandes manicomios serían el impulsor primordial de las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS o la OPS, relativas a la desmanicomialización de la salud mental. La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental es la primera norma legal que da un marco nacional a las políticas en el área. Como señalan Ana Hermosilla y Rocío Cataldo, “inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental”. (2012: 134)

Entre las principales innovaciones, se encuentran:

- El acento puesto en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Se equipara a los miembros de los mismos en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.
- Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.
- Disposiciones en relación a las internaciones: se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse pre-

ferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. En relación al tema internaciones, se prohíbe la creación de nuevos manicomios. A su vez los existentes deben adaptarse para seguir los principios que plantea la Ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (art. 14, Ley Nacional de Salud Mental, 2010)

- En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de riesgo cierto e inminente como criterio de internación involuntaria (Carpintero, 2011).

Referencias bibliográficas

- Arraiga, M; Ceriani, L; Monópoli, V. (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Carpintero, E. (2011). *La subjetividad asediada. La medicalización para domesticar al sujeto*. Serie Futuro Imperfecto. Fichas para el siglo XXI. Editorial Topía.
- Falcone, R. (2013). Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). *Anuario de investigación*. Vol. XX. N°2. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Hermosilla, A.M; Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*: 134-140.
- Iacoponi, L. (1996). El hospital Cabred y el método Open Door. Ponencia en las Jornadas científicas "Asistencia y Rehabilitación de personas con trastornos en su salud mental", Colonia Domingo Cabred, 1996, Luján, Buenos Aires.
- Ingenieros, J. (1919). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Cooperativa Editorial Limitada, 1920, en Obras Completas de José Ingenieros, Vol.12, Bs.As., Elmer Editor, Bs.As., 1957.
- Ley Nacional Argentina de Salud Mental N° 26657. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2011.
- Meléndez, L. (1880). Memorias del Director del Hospicio de las Mercedes a la Corporación Municipal. Archivo de la Facultad de Medicina, Biblioteca de graduados.
- Stagnaro, JC. (2009). Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría Argentina. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, n° 1. Buenos Aires: Polemos.
- Stagnaro, JC; González Chávez, JM. (1993). *Hospicio de las Mercedes*. Buenos Aires: Polemos.