

**Facultad de
Psicología**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

Doctorado en Psicología

Pediatría, puericultura y saberes “psi” en el campo del desarrollo infantil.

Una historia de los usos médicos del conocimiento psicológico
en el Río de la Plata (1930-1963)

Doctoranda: Lic. Ana Soledad Briolotti

Directora: Dra. Ana María Talak

Co-directora: Dra. Karina Inés Ramacciotti

Diciembre 2017

“La medicina, dijo Sigerist, es una de las cosas más estrechamente vinculadas con el conjunto de la cultura, puesto que toda transformación en las concepciones médicas está condicionada por transformaciones en las ideas de la época”

(Georges Canguilhem, Lo normal y lo patológico)

ÍNDICE

Resumen	1
----------------------	----------

Agradecimientos.....	2
-----------------------------	----------

Introducción.....	5
--------------------------	----------

1	Planteo del tema. Interrogantes, objetivos e hipótesis	5
2	Estado actual del conocimiento sobre el tema	13
3	Marco teórico y metodológico	18
3.1	Los enfoques críticos en historia de la psicología	19
3.2	La historia intelectual	24
3.3	Los estudios de recepción.....	26
3.3.1	La recepción como “apropiación activa”	26
3.3.2	Recepción y circulación de saberes.....	29
3.4	Otros aportes teórico-metodológicos.....	32
3.4.1	Reinhart Koselleck: pasado y futuro en el tiempo histórico.....	32
3.4.2	Los aportes de Pierre Bourdieu	34
3.4.3	El problema de los valores en ciencia y las epistemologías feministas....	36
3.4.4	Georges Canguilhem: la medicina como una filosofía del orden.....	40
3.4.5	Michel Foucault y Nikolas Rose: las disciplinas “psi” en la encrucijada saber-poder	41
3.4.6	Los estudios históricos sobre la salud, la enfermedad y la medicina	49
4	Estructura de la tesis	50

Capítulo 1 La pediatría y los saberes “psi”: entre la higiene y la medicina psicosomática	57
--	-----------

1.1.	El surgimiento de la pediatría y su relación con la Higiene y la Medicina Social.....	60
1.1.1.	Infancia y cuestión social en la profesionalización de la pediatría.....	60
1.1.2.	La pediatría como especialidad médica.....	65
1.1.3.	La importancia de la higiene en el abordaje pediátrico	73
1.2.	El humanismo médico: hacia una visión integral del ser humano	81
1.2.1.	El positivismo cuestionado	81
1.2.2.	La medicina psicosomática: de las enfermedades a los enfermos	88
1.3.	La perspectiva psicosomática en la obra de Juan P. Garrahan y Florencio Escardó.....	96
1.3.1.	Escardó y la “nueva pediatría”	96
1.3.2.	La psicología y el médico de niños en la obra de Garrahan	119
1.4.	Conclusiones del capítulo	125

Capítulo 2 El desarrollo psicofísico en la medicina infantil.....	129
--	------------

2.1.	La ciencia médica y el estudio del desarrollo: lo normal y lo deseable	130
------	--	-----

2.2. El desarrollo psicológico entre la naturaleza y la cultura	136
2.3. Las mediciones del desarrollo físico en la primera infancia	141
2.3.1. En busca de la “raza argentina”	143
2.3.2. La “ciencia latina” en los estudios del desarrollo	146
2.3.3. De la raza al ambiente: crecimiento y desarrollo en la segunda mitad del siglo XX 157	
2.4. El paralelismo neuropsíquico en la concepción médica del desarrollo.....	163
2.5. Aquiles Gareiso y Florencio Escardó: la integración de la neurología a la pediatría ...	167
2.5.1. La “preocupación neurológica” en pediatría	168
2.5.2. El paralelismo neuropsíquico como principio rector del control del desarrollo. .	173
2.6. Conclusiones del capítulo	176
Capítulo 3 La evaluación médica del desarrollo psicológico	179
3.1. La evaluación del desarrollo en las instituciones de asistencia materno-infantil.....	181
3.1.1. Los Dispensarios de Lactantes.....	181
3.1.2. La medición del desarrollo en Dispensarios de la Capital.....	184
3.1.3. Las investigaciones de Telma Reca en el Departamento Nacional de Higiene..	195
3.1.4. Medicina y psicología: objetividad y eficacia práctica.....	208
3.2. Los usos del Test de Gesell.....	215
3.2.1. La escala de Gesell: hacia un estudio objetivo del “crecimiento” de la conducta 216	
3.2.2. El test de Gesell en la medicina infantil rioplatense.....	226
3.3. Conclusiones del capítulo	238
Capítulo 4 El niño de la puericultura: de la robustez física al equilibrio emocional .	242
4.1. La puericultura como saber de Estado	246
4.1.1. La ciencia médica y las prácticas de crianza	246
4.1.2. La política de la puericultura: más y mejores niños para la patria.....	252
4.2. Puericultura y psicología en la primera mitad del siglo XX: formar hábitos y encauzar instintos	259
4.2.1. El niño y su ambiente: del “pequeño salvaje” al individuo social.....	259
4.2.2. Desarrollo psicológico, crianza y orden social	265
4.3. La crítica a la puericultura clásica y el surgimiento de un enfoque renovador.....	278
4.3.1. La revista <i>Nuestros hijos</i> : la crianza “moderna” llega a Buenos Aires	280
4.3.2. Juan P. Garrahan y la “nueva puericultura”.....	284
4.3.3. Garrahan, entre Gesell y Spock: la libertad dentro del orden.....	288
4.4. Conclusiones del capítulo	302
Capítulo 5 Nutrición y desarrollo psicofísico en la primera infancia.....	307
5.1. La “anorexia mental”, de la neuropatía constitucional al traumatismo psíquico	310
5.1.1. El niño inapetente: herencia defectuosa y mala educación.....	311

5.1.2. La inapetencia como problema biopsicosocial	324
5.2. Las desviaciones del desarrollo: nutrición y “asistencia psíquica”	336
5.3. El problema del hospitalismo en lactantes institucionalizados	343
5.3.1. Carencia afectiva y desarrollo psicofísico	345
5.3.2. Las repercusiones del “informe Bowlby”: seguridad afectiva y salud mental ...	361
5.4. Conclusiones del capítulo	375
Conclusiones	380
Referencias bibliográficas	393

Resumen

Esta tesis estudia la recepción de saberes psicológicos por parte de los médicos pediatras y puericultores rioplatenses y los usos dados a estos conocimientos en sus intervenciones en el campo del crecimiento y desarrollo durante la primera infancia. Se propone rastrear la impronta que los discursos psicológicos tuvieron en la comprensión del desarrollo y de los factores que inciden sobre él, y en el establecimiento de parámetros de normalidad y en las consecuentes acciones de prevención tendientes a favorecer un desarrollo “normal”.

El marco teórico-metodológico articula la perspectiva de la historia intelectual, los estudios de recepción y la denominada “historia crítica de la psicología”. Entre otros aspectos, la tesis describe ciertos rasgos propios de la pediatría que constituyeron un suelo de base para la recepción de los saberes psicológicos. Explora el surgimiento de una perspectiva psicosomática que, hacia la década de 1950, delineó el proyecto de una medicina infantil con un enfoque “holista”, capaz de abordar al niño desde una perspectiva biopsicosocial. Indaga asimismo la concepción médica del desarrollo psicofísico y las diferentes iniciativas en torno a la necesidad de evaluar el desarrollo neuropsíquico por medio de técnicas neurológicas y psicológicas. Analiza a su vez una serie de temas y problemas que promovieron el diálogo entre pediatría y saberes “psi”, tales como la crianza y la educación del niño, la inapetencia de causa psíquica o el síndrome de hospitalismo. Todos ellos son estudiados desde una perspectiva que articula la recepción de saberes psicológicos con temas y problemas sociales de carácter más amplio, que dieron un marco a las reflexiones teóricas y a las intervenciones concretas sobre el desarrollo del niño de primera infancia. La tesis se propone contribuir al estudio de la historia de los saberes “psi” y de la medicina infantil. A su vez, a partir de la indagación de este tema, procura reflexionar sobre el modo como los saberes médico-psicológicos participaron en la construcción de representaciones, valores y prácticas en torno a la infancia, la maternidad y la crianza.

Agradecimientos

Esta tesis es el resultado de cinco años de trabajo, a lo largo de los cuales he contado con el apoyo, la colaboración y la compañía de personas e instituciones a las que deseo hacer llegar mi agradecimiento.

En primer lugar agradezco a la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata y al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por haberme otorgado el enorme privilegio de recibir las becas que me permitieron llevar adelante mi labor. En tiempos como estos, en los que la posibilidad de investigar con fondos públicos se ve amenazada por severos recortes presupuestarios, no quisiera dejar de destacar que sin ese apoyo la realización de este trabajo hubiese sido imposible. Asimismo, se hace necesario recordar la enorme relevancia que tiene promover la investigación científica para el desarrollo del país y para la formación de profesionales y académicos críticos y comprometidos con la realidad que les toca vivir.

Quiero agradecer muy especialmente a las dos personas que acompañaron de cerca este trabajo, desde sus roles de directora y codirectora: Ana María Talak y Karina Ramacciotti. A ellas, mi agradecimiento por la calidad de su trabajo, por sus lecturas siempre enriquecedoras, y sobre todo por la calidez y la simpleza con las que me transmitieron que escribir una tesis no es imposible si la constancia y el compromiso se combinan con la pasión. Ha sido un placer contar con su compañía y su apoyo a lo largo de este trayecto.

Además de la formación realizada en el marco del Doctorado, este trabajo se ha enriquecido enormemente a través de mi participación en los Proyectos de Investigación acreditados por la Universidad Nacional de La Plata y por la Universidad de Buenos Aires y dirigidos por Ana María Talak, Ariel Viguera y Florencia Macchioli. El trabajo realizado en el seno de estos equipos ha sido fundamental para mi formación y las ideas vertidas en esta tesis sin dudas les deben mucho. Allí he encontrado un ámbito productivo en el cual discutir algunos de mis trabajos y nutrirme de los aportes de mis compañerxs. A ellxs, entonces, mi agradecimiento por brindarme la oportunidad de sumarme a espacios de trabajo plenos de cordialidad y compromiso con la investigación.

A mis compañerxs de las cátedras de Historia de la Psicología I (UBA), Psicología I (UNLP) y Corrientes Actuales en Psicología (UNLP), espacio que en 2010 cobijó mis primeros intereses por la investigación en historia “psi”.

A Alejandro Dagfal, por su apoyo y por transmitirme confianza en esos primeros tramos de mi formación.

A Ariel Viguera, quien supo acompañarme y alentarme en los comienzos, desde el seminario de grado a su cargo y luego en la cátedra de Corrientes Actuales, espacio al que me invitó a sumarme tal vez advirtiéndome algo de ese cúmulo de inquietudes y satisfacciones que habían dejado en mí los primeros acercamientos a la investigación y a la historia “psi”. Su calidez, su apoyo, su compañía incondicional y su enorme capacidad de escucha y contención han tenido y siguen teniendo un lugar insoslayable en mi trabajo académico.

A los docentes de los Seminarios de Doctorado, por su excelencia, por la calidad de su trabajo y por su predisposición y acompañamiento en la elaboración de los trabajos finales. A mis compañerxs del Seminario de Doctorado “Historiografía” (UNQ), espacio que influyó de modo decisivo en el derrotero de esta tesis.

A Jorge Chávez por su acompañamiento en calidad de tutor durante mi estancia de investigación en Montevideo. A lxs colegas de la Universidad de la República: Cecilia Baroni, Diego González García, Enrico Irrazabal, Guillermo Milán y Andrea Morteo por su recibimiento tan cordial y las reuniones de trabajo compartidas.

A todxs aquellxs que leyeron diferentes partes de la tesis, por sus comentarios y aportes siempre enriquecedores: Cecilia Aguinaga, Ignacio Allevi, Irene Ascaini, Sebastián Benítez, Ana Bloj, Marcela Borinsky, Soledad Cottone, Julio Del Cueto, Claudia Freidenraij, Miguel Gallegos, Luciano García, Cecilia Grassi, Mariela González Oddera, Aimé Lescano, Valeria Llobet, Florencia Macchioli, Julieta Malagrina, Victoria Molinari, Maia Nahmod, Ana Ostrovsky, Mauro Pasqualini, Mariano Plotkin, Luis Sanfelippo, Hernán Scholten, Leandro Stagno, Alejandro Vainer, Mauro Vallejo y Hugo Vezzetti.

El trabajo realizado en esta tesis es deudor del aporte invaluable de diferentes archivos y bibliotecas en los que trabajé durante largas horas, y a cuyo personal deseo agradecer. En especial a María Fernanda Astigarraga, bibliotecaria del Hospital “Dr. Noel H. Sbarra”, a Nelly Anze, bibliotecaria de la Sociedad Argentina de Pediatría, al personal del archivo del Instituto Interamericano del Niño, a Amparo de los Santos Leal, bibliotecaria de la Facultad de Medicina de la UDELAR y a Juan Ignacio Gil

Pérez y Mariangela Santurio del Departamento de Historia de la Medicina de la UDELAR. Todxs ellxs han colaborado en este trabajo, realizando búsquedas de material y aportando fuentes de gran valor para la investigación.

A todas las personas que accedieron a ser entrevistadas, especialmente al Dr. Omar Paolocca, al Dr. Guillermo Rinaldi y a Juan P. Garrahan (nieto), por su predisposición a colaborar en la investigación y sus contribuciones de gran interés para este trabajo.

A Ana María Talak y Rocío Arauco, quienes, desde la Dirección y la Secretaría del Doctorado en Psicología realizan un excelente trabajo de acompañamiento de lxs doctorandxs y muestran una gran predisposición para gestionar del modo más eficaz cada una de las instancias de la Carrera.

A Gastón Becerra, por su inestimable ayuda en la edición del formato de esta tesis.

Por último, deseo agradecer particularmente a mis amigxs y a mi familia por el apoyo que me brindaron durante todos estos años.

Este humilde aporte, con sus aciertos y errores, sus hallazgos y lagunas, no hubiese sido posible sin ustedes. A todxs y a cada unx, gracias.

Introducción

Medicina infantil, psicología y psicoanálisis en el Río de la Plata. Circulación y apropiación de saberes “psi” en torno al desarrollo del niño¹

1 Planteo del tema. Interrogantes, objetivos e hipótesis

A fines de 1954, desde las páginas de la revista *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, Ovidio Senet –pediatra y Jefe de la Sala de Niños del Hospital Rawson– abordaba el recurrente problema de la alimentación infantil a través de un breve artículo titulado “Como puede usted, señora, ‘fabricar’ un niño nervioso en su propia casa”. El tono con que el título se dirigía a los lectores era parte de una estrategia que, a mediados del siglo pasado, intentaba imponer un conjunto de ideas renovadas sobre la crianza y la educación de los niños en el cual ser madre implicaba asumir prácticamente toda la responsabilidad por el bienestar psico-físico de su hijo. El blanco de las críticas lo constituían, como ya era habitual en la literatura médica de divulgación, “los saberes de la abuela” pero, además, comenzaban a cuestionarse las prescripciones de no pocos médicos que seguían apegados a una pediatría de antaño, obsesionada por el control y el disciplinamiento del desarrollo infantil. “Su niño no es un mecanismo de relojería al que basta dar tantas vueltas de cuerda para que funcione”, decía Senet a las madres que habían sido instruidas para alimentar a su bebé siguiendo rigurosamente la frecuencia prescrita por el médico. En este nuevo esquema, por el contrario, la individualidad del niño, su ritmo madurativo propio y los factores psicológicos que gravitaban sobre su

¹ En esta tesis se utilizarán las expresiones “el niño” y “los niños”, en masculino. Debido a la reiterada frecuencia con que dicho vocablo se emplea, se ha decidido omitir la expresión “los niños y las niñas” o “el niño y la niña”, por considerar que dificultaría una lectura fluida del texto. Con esta aclaración pretende subrayarse que, si bien se utiliza la expresión en masculino, ello no implica una postura no advertida sobre el sesgo de género que ha conllevado su uso. La misma salvedad vale para el caso de las expresiones “el médico”, “los médicos”, “el psicólogo” y “los psicólogos”.

desarrollo tenían un protagonismo cada vez mayor. Así, podría pensarse que planteos como el de Senet preanunciaban el *boom* de los saberes psicológicos (en particular del psicoanálisis) que tendría lugar en los grandes centros urbanos de la Argentina en la década del sesenta (Plotkin, 2003). Esta clase de lecturas acompañaron a su vez un movimiento de ideas que, durante la segunda mitad del siglo pasado, transformó a la psicología occidental en una suerte de “credo” capaz de brindar fórmulas para solucionar conflictos y asegurar la felicidad (Herman, 1995).

El artículo de Senet es una pequeña muestra del papel protagónico que asumió la medicina en la orientación de la crianza. En las páginas que siguen este y otros temas serán analizados a la luz de los vínculos que la pediatría local estableció con la psicología y con el psicoanálisis entre las décadas de 1930 y 1960, y el cruce de saberes y prácticas promovido a partir de allí. La investigación se inscribe en el campo de los estudios históricos de las disciplinas “psi” en la Argentina, si bien aporta elementos de interés para una historia de la medicina infantil y de la salud en el ámbito local.

Tal como ha señalado Esteban Rodríguez Ocaña (2003), la historia de la salud y de la asistencia infantil es ejemplar en la investigación historiográfica, puesto que revela el carácter estratégico que adquirió la salud en el mundo industrial contemporáneo y el importante papel de agente cultural desempeñado por la medicina, que contribuyó a delinear el estatus específico de la infancia en Occidente. En efecto, el diálogo entre medicina y psicología indagado aquí se produjo en el marco de una tradición médica de larga data, que buscó intervenir en la sociedad a través de múltiples vías con el fin de modificar ciertos hábitos e instalar nuevas conductas y representaciones asociadas con la salud, el bienestar físico y mental y el progreso social. En este escenario, la pediatría se constituyó como un campo clave en el desarrollo de intervenciones de carácter prospectivo tendientes a optimizar los recursos humanos de la Nación. Su objetivo más

importante era el control del desarrollo biológico, el cual buscaba encaminar hacia la realización de su óptimum vital. La infancia, a su vez, era concebida como un período vital de enorme relevancia a futuro, dado que prácticamente todo lo que aconteciera en esos años tendría consecuencias en la vida adulta. De allí que, en “el siglo de los niños” (Key, 1906), todo lo que pudiera hacerse por su salud era, en definitiva, una apuesta al futuro de la humanidad.

Estudiar la historia de la psicología en las décadas previas a la creación de las carreras universitarias y los comienzos de la profesionalización,² supone indagar su relación con otros saberes tales como la filosofía, la medicina, la criminología, la pedagogía (Klappenbach, 1995; Plotkin, 2003; Talak, 2014a; Vezzetti, 1996a, 1996b) y con los ámbitos laboral (Gómez Di Vincenzo, 2011; Ibarra, 2010) y ensayístico histórico-social (Talak, 1999, 2004). Con respecto al campo médico, Klappenbach (1995) ha señalado que muchos de los temas y problemas de los que se ocupó la psicología fueron recogidos de la práctica médica, poniendo de manifiesto numerosos puntos de contacto en la historia de ambas disciplinas. En cuanto al psicoanálisis, los años que siguieron a la fundación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) en 1942 muestran cierta difusión de la teoría freudiana en algunos servicios de pediatría de hospitales de Buenos Aires, que alojaron experiencias diversas vinculadas con la aplicación de principios psicoanalíticos para el tratamiento de niños (Borinsky, 2009; Rustoyburu, 2015). La presente investigación se detiene entonces en la recepción de saberes provenientes de la psicología y del psicoanálisis por parte de los médicos pediatras y puericultores y los usos dados a estos conocimientos en sus intervenciones

² La creación de las primeras carreras de Psicología en las universidades argentinas tuvo lugar entre 1956 y 1959. La primera se creó en 1955 en la Universidad del Litoral, en Rosario, pero al poco tiempo fue cerrada para reabrirse al año siguiente. A ella le siguieron la Universidad de Buenos Aires (1957), la Universidad Nacional de La Plata, la Universidad Nacional de Córdoba y la Universidad Nacional de San Luis (1958) y la Universidad Nacional de Tucumán (1959) (Dagfal, 2009; Klappenbach, 2000).

en el campo del crecimiento y desarrollo durante la primera infancia.³ Nos interesa rastrear la impronta de los discursos psicológicos tanto en la comprensión del desarrollo y de los factores que inciden sobre él, como en el establecimiento de parámetros de normalidad y en las consecuentes acciones de prevención tendientes a favorecer un desarrollo “normal”. Por tratarse de un estudio de recepción, se prestará particular atención a las operaciones de lectura y transformaciones que sufrieron ciertas teorías y técnicas como resultado de su migración y emplazamiento en un ámbito alejado del contexto original de producción.

Una serie de interrogantes orientan esta investigación, a saber: ¿Qué lugar se destinó al conocimiento psicológico en la formación y la práctica pediátrica durante el período estudiado? ¿Qué problemas e interrogantes promovieron la recepción de teorías y técnicas psicológicas con el objeto de comprender el desarrollo infantil e intervenir sobre él? ¿Qué clase de valores (epistémicos y no epistémicos) guiaron la lectura y apropiación de saberes “psi” por parte de los médicos? ¿Cómo se articuló este proceso con la expansión de los discursos psicológicos durante la segunda mitad del siglo XX? La recepción de estas teorías, ¿impactó en la concepción de desarrollo sostenida por los médicos? Si es así, ¿qué modificaciones se produjeron? Como consecuencia de esta apropiación y uso del saber psicológico, ¿qué representaciones, valores y prácticas en torno a la infancia y la crianza se difundieron en la sociedad a través de la tarea de divulgación emprendida por los médicos?

Partiendo de estas preguntas, la investigación se propone contribuir a la comprensión del proceso por el cual el saber psicológico habría cobrado importancia creciente en el estudio y la comprensión del desarrollo infantil. En ese sentido, el objetivo general que persigue esta tesis es explorar el proceso de recepción local de

³ Con respecto a la delimitación temporal de la primera infancia, adoptamos el criterio consensuado por los médicos de la época (F. de Elizalde, 1947; Escudero, 1941; Montagna, 1950; Pignone, 1942), que la situaba entre el nacimiento y los tres años de edad, aproximadamente.

teorías y técnicas psicológicas y psicoanalíticas referidas al desarrollo por parte de la medicina infantil rioplatense, entre 1930 y 1963. El alcance geográfico de esta región, delimitada, entre otras, por Buenos Aires y Montevideo, es amplio y no es posible analizar aquí ambos contextos de manera exhaustiva. Sin embargo, aun cuando nos centremos en la Argentina, se ha optado por ampliar la mirada con respecto a algunos de los tópicos indagados para incluir al contexto uruguayo. Esta decisión se fundamenta en la estrecha comunicación que históricamente existió entre la medicina infantil de estas ciudades portuarias. Muchos de los autores citados en esta tesis circularon entre ambas capitales disertando en congresos y jornadas, ofreciendo cursos para estudiantes y graduados y participando de las sesiones ordinarias de la Sociedad de Pediatría, con sede en ambos países. Asimismo, diversas visitas del extranjero fueron recibidas en ambas ciudades. Por último, Argentina y en menor medida Uruguay cumplieron un importante papel en la traducción y publicación de obras psicológicas y médicas de gran circulación. Estos son solo algunos de los hechos que configuran un rico espacio de sociabilidad e intercambio de saberes y prácticas en lo que respecta al tema analizado, sin desconocer desde luego las particularidades de cada contexto y las diferencias entre ambos.

En este marco, se proponen a su vez una serie de objetivos específicos. En primer lugar, identificar operaciones de lectura y apropiación de saberes “psi” concernientes al desarrollo infantil. En segundo lugar, caracterizar las repercusiones de estas lecturas a nivel institucional (universidades, asociaciones profesionales, hospitales, dispensarios, Casas Cuna, etc.) y a nivel de las políticas públicas vinculadas con el bienestar infantil. En tercer lugar, evaluar el impacto de estas teorías en la concepción de desarrollo sostenida por los médicos. Por último, rastrear la incidencia de estas lecturas en las representaciones, valores y prácticas en torno a la infancia difundidas por

los médicos a través de libros, revistas, conferencias radiales, etc. En este sentido, cabe señalar que nuestro interés no se circunscribe a los saberes “psi” en tanto disciplinas académicas y prácticas profesionales sino que, siguiendo a Ellen Herman (1995), nos interesa explorarlos asimismo como herramientas de comprensión del individuo y de la sociedad a través del análisis de los vínculos interpersonales, los pensamientos y las conductas.

El período histórico a investigar se extiende a lo largo de tres décadas y está delimitado por dos acontecimientos de relevancia académica en el ámbito pediátrico local. Se inicia en 1930 con la creación de la revista *Archivos Argentinos de Pediatría* y finaliza en 1963 con la realización de las XIII Jornadas Argentinas de Pediatría, cuyo tema central fue el crecimiento y desarrollo normal y que contaron con la participación de algunos de los primeros egresados de las carreras de psicología, creadas pocos años antes. Estos eventos permiten circunscribir una época a lo largo de la cual el saber psicológico fue cobrando una importancia creciente en el discurso médico, en una dirección que parece haber coincidido con una complejización igualmente creciente de la concepción del niño en tanto objeto de estudio e intervención médica, con la consiguiente necesidad de ampliar y enriquecer la mirada sobre él.

Esta tesis aborda la recepción de autores cuya producción tuvo particular impacto en el ámbito médico, en lo relativo al estudio, evaluación y comprensión del desarrollo durante la primera infancia. Por un lado, en el terreno de la psicología, se indaga la recepción de las obras de Arnold Gesell y de Charlotte Bühler, autores cuyas escalas de evaluación fueron aplicadas por los médicos en el ámbito de instituciones de protección y asistencia materno-infantil. A su vez, se explora la influencia de las ideas de Gesell en torno a la crianza en la cultura democrática y de los desarrollos de John Watson sobre el condicionamiento de la conducta como vía de resolución de diversos

problemas comunes en la crianza. Por otro lado, en lo relativo al psicoanálisis, además de las lecturas e interpretaciones de la obra freudiana se presta especial atención al impacto de los desarrollos de John Bowlby relativos a la importancia del vínculo madre-hijo para el normal desarrollo psíquico del niño. Se rastrea asimismo la recepción de las ideas de Alfred Adler, autor cuya obra no siempre fue claramente deslindada del psicoanálisis, y que parece haber tenido especial difusión entre los médicos en la década del treinta.

En el marco de esta indagación es ineludible el tópico de las relaciones entre la medicina, la higiene mental y la eugenesia, disciplina que se proponía el perfeccionamiento progresivo de la especie humana y que se diseminó ampliamente en el mundo occidental a comienzos del siglo XX. En lo que respecta al ámbito local, el trabajo pionero de Nancy Stepan (1991) mostró la presencia dominante de una eugenesia positiva, ambiental y latina⁴ y la influencia de la biotipología italiana en los eugenistas argentinos. A partir de su aporte, la historiografía local de las dos décadas siguientes desarrolló básicamente tres líneas (Armus, 2016): la primera de ellas profundizó el examen de algunos temas, ampliando el período y articulando el estudio de la eugenesia con otros problemas. Una segunda línea, de inspiración revisionista, se enfocó en el estudio del perfil coercitivo de la eugenesia planteando que, independientemente de su signo positivo o negativo, constituye un mecanismo de clasificación y jerarquización social de base biológica, marcado por el racismo, el clasismo y el sexismo. Por último, una tercera línea de investigación se orientó a indagar las tensiones entre el discurso de la eugenesia y su implementación concreta en iniciativas y políticas cuestionando la tendencia a subsumir todo el territorio nacional a

⁴ En contraposición a este enfoque, la eugenesia “negativa”, de raíz anglosajona fue más proclive a implementar estrategias de exclusión sobre la población “anormal”, tales como la esterilización forzada, el aborto y la eutanasia. Y si bien la eugenesia latina también propuso medidas de control poblacional y exclusión social, la influencia de la Iglesia Católica puso límites a los mecanismos de exclusión forzada.

los hechos ocurridos en Buenos Aires y reflexionando a su vez acerca de la disponibilidad real de recursos e infraestructura por parte del Estado para llevar adelante la tarea de mejorar la población. En ese sentido, una conclusión a la que han llegado diversos autores, y a la que suscribimos a partir de nuestro recorrido, es que el campo de ideas sobre la eugenesia fue más amplio y de mayor alcance que su instrumentación efectiva. En nuestro caso, si bien es innegable que la eugenesia operó como marco de referencia en el estudio médico del desarrollo infantil y en las iniciativas destinadas a promover una mejor herencia, ello no parece haber tenido una repercusión directa en las intervenciones concretas. Un ejemplo es el alcance prácticamente nulo que tuvieron las ideas de la biotipología en torno al fichado de la población. Para los médicos de niños, el aporte de la doctrina de Nicola Pende no fue más allá del de una teoría que permitía conceptualizar la dinámica del desarrollo de acuerdo con ciertas leyes universales. Si bien algunas posturas (Miranda, 2014) proponen no desestimar el peso del discurso eugenésico frente al estudio de las prácticas, otras (Armus, 2016) sostienen que no debería confundirse la historia de los discursos con toda la historia. Estos debates nos sitúan frente a un terreno opaco, que desafía los intentos de reconstrucción histórica: aquel que cruza intenciones estatales, artefactos eugenésicos y conductas humanas (Biernat & Ramacciotti, 2014b). Esta tensión entre discursos y prácticas será retomada a propósito de diversos temas y problemas aquí explorados.

El estudio del complejo proceso de circulación, apropiación y uso de saberes no se limita al ámbito de la medicina, sino que requiere profundizar además en las relaciones que la psicología ha establecido con el campo médico y con la sociedad en general en el transcurso de su consolidación como disciplina científica capaz de producir un conocimiento válido. Tal como ha planteado Nikolas Rose (1996), el logro de este objetivo implicó la “psicologización” de diversos espacios y prácticas, así como

también de representaciones sociales, entre las cuales la infancia tuvo un lugar privilegiado.

La hipótesis central que guía la presente tesis sostiene que a lo largo del período estudiado el saber psicológico fue cobrando una importancia creciente en el discurso médico, en línea con una forma “psicologizada” de comprender el desarrollo infantil. Este proceso estaría ligado al fenómeno de difusión de los discursos “psi” en el mundo occidental, en el marco del cual sus conceptos y técnicas habrían brindado respuestas y pautado formas de intervención frente a ciertos problemas e interrogantes específicos, tales como la preocupación por la higiene mental de la población, la distrofia del desarrollo en lactantes institucionalizados, los rasgos de carácter potencialmente conflictivos, entre otros. Esto a su vez, habría impactado en la manera como los médicos de niños reflexionaron acerca de su formación y de su práctica y en las estrategias de legitimación del saber pediátrico y su diferenciación respecto de la neurología infantil, la psiquiatría infantil y, hacia el final del período estudiado, la psicología como profesión autónoma en ciernes.

2 Estado actual del conocimiento sobre el tema

En el campo de las investigaciones en historia de la psicología en la Argentina existe un área de vacancia en lo relativo al tema específico que se ha delimitado. Contamos, sin embargo, con una serie de trabajos que, en las últimas décadas, se han abocado a la historia de la psicología y del psicoanálisis en el ámbito local (Balán, 1991; Carpintero & Vainer, 2004; Dagfál, 2009; García, 2016; García, Macchioli, & Talak, 2014b; Klappenbach, 1999b, 2006; Macchioli, 2010; Plotkin, 2003; Talak, 2008; Vezzetti, 1985, 1996a, 2016). Se destacan además los trabajos producidos por los equipos de

investigación de la cátedra I de Historia de la Psicología (Facultad de Psicología, UBA), y de las cátedras de Psicología I y Corrientes Actuales en Psicología (Facultad de Psicología, UNLP), cuyos proyectos se proponen avanzar en el estudio histórico de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis en la Argentina (más específicamente, en las ciudades de Buenos Aires y La Plata) enfocándose en diversos tópicos, tales como la circulación de saberes “psi”, la relación entre psicología y orden social y el desarrollo de la carrera de psicología en la UNLP.

En lo relativo a la infancia y su relación con las disciplinas “psi”, Ana María Talak (2014), Ana María Talak y Julio César Ríos (1999, 2001) y Marcela Borinsky (2009) han trabajado, respectivamente, la influencia de los discursos psicológicos en la medicina, la pedagogía y la criminología entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX, y la conformación del campo de la psicoterapia infantil en las décadas del ‘40, ‘50 y ‘60. Sus estudios han mostrado el lugar de la medicina en la recepción de discursos y prácticas psicológicas que resultaron útiles para comprender y abordar el problema de la anormalidad infantil. Esto pone de manifiesto la importancia de profundizar en la indagación del papel jugado por la medicina, dado que remite a una de las vías de recepción de los discursos psicológicos en la Argentina (Vezzetti, 1996b).

Un antecedente particularmente relevante para la temática indagada en esta tesis es el trabajo de Cecilia Rustoyburu (2011) sobre la relación entre el proceso de medicalización y la transformación de ciertas ideas sobre la infancia, la maternidad y la paternidad entre 1940 y 1970, período durante el cual, de acuerdo con la autora, la medicina psicosomática y el psicoanálisis transformaron los tratamientos pediátricos e incidieron en las ideas sobre la infancia, la maternidad y la familia. Estas cuestiones son examinadas a partir del recorrido por la trayectoria de Florencio Escardó, considerado un referente clave de la “nueva pediatría”. Rustoyburu muestra de qué modo la pediatría

psicosomática disputó la hegemonía en el campo médico y se convirtió en un eje fundamental de la cultura “psi” de los años sesenta. Este valioso aporte nos permitirá avanzar en la especificidad de la relación entre medicina y saberes “psi”, ampliando además el corpus de fuentes para incluir a otros representantes del campo de la pediatría.

Por fuera de este antecedente, se han hallado muy pocas referencias precisas acerca de la recepción de la psicología y del psicoanálisis por parte de la medicina infantil. En los trabajos que abordan el estudio histórico de la infancia, la maternidad y las prácticas de crianza se encontraron algunos desarrollos sobre la relación entre los saberes “psi” y el ámbito médico (Borinsky, 2005; Cosse, 2010b; Darré, 2013; Rustoyburu, 2016) pero, en la mayoría de los casos, se trata de miradas realizadas desde fuera del campo disciplinar de la psicología, lo cual implica un menor nivel de compromiso con el análisis de los conceptos y las prácticas de la disciplina (Danziger, 1993).

Otro antecedente de interés lo constituyen las investigaciones sobre infancia llevadas a cabo desde campos disciplinares diversos. Lo común a estos trabajos es que, lejos de considerar a la infancia como una categoría descriptiva de una fase evolutiva natural, se han propuesto abordarla en su contingencia, su historicidad y su relación con la política y la cultura. Entre ellos podemos destacar los trabajos de Sandra Carli (2011, 2012) que se han ocupado de la construcción de la infancia en el cruce de los discursos pedagógico y político y del análisis de la memoria de la infancia y las formas en que fue pensada y representada en diferentes momentos como vía de acceso a los cambios socioculturales. Asimismo, Lucía Lionetti y Daniel Míguez (2010) compilaron una serie de textos que muestran el proceso de individualización de la niñez argentina a través de los discursos psicológico, pedagógico, médico, jurídico y político. En línea con estos

trabajos, un libro recientemente editado (Cosse, Llobet, Villalta, & Zapiola, 2011) reúne escritos que buscan poner en relación estudios sobre políticas públicas dirigidas a la infancia y la familia en la Argentina y en Brasil durante los siglos XIX y XX. Otros antecedentes de sumo interés para esta investigación son los trabajos que abordan las representaciones y prácticas en torno a la infancia y las relaciones entre los médicos y la población (fundamentalmente las madres) en el marco de las instituciones estatales de protección materno-infantil (Biernat & Ramacciotti, 2008; Billorou, 2007b). Retomando estos aportes, la presente investigación pretende profundizar el estudio de las representaciones acerca de la infancia construidas por los médicos a través de un discurso que recurrió a nociones de las disciplinas “psi” y las difundió entre un público amplio.

Con respecto a las indagaciones históricas sobre medicina infantil, se han hallado trabajos provenientes del campo médico que exploran diversas temáticas vinculadas con la historia de la pediatría y de las instituciones de salud infantil argentinas, latinoamericanas y europeas. Estos trabajos constituyen un valioso aporte, si bien son escasas las alusiones a aspectos específicos de la relación entre medicina y psicología. Cabe aclarar, sin embargo, que la mayoría de ellos (Buzzi, 2011; Ceriani Cernadas, 2011; Croce, 2004; *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española 4: En el centenario de la Sociedad de Pediatría de Madrid*, 2012, *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española 6: los albores de la psiquiatría infantil en España*, 2013, *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española 8: historia y significación de las Gotas de Leche en España*, 2014; Frutos Ortiz, 1995; Garrison, 1922; Genta Mesa, 2006; Giacomantone, Suárez, & Vitale, 2010; Golden & Brosco, 2012; Laval, 2008; Mateos, 2008; Mateos & Marini, 2011; Meroni, Ruvinsky, Bonesana, Morano, & Puga, 1980; Puga, 2002, 2005, 2012; Turnes, 2014; Vargas Catalán, 2002; Wasertreguer &

Raizman, 2009) adopta un enfoque tradicional de tipo cronológico cuya mirada internalista se centra en las figuras más relevantes y en los hitos y progresos de la ciencia médica. En otros (de Asúa, 1986, 2012; Laín Entralgo, 1978; Rovere, 2013; Vojkovic' & Zorzoli, 2007) se observa sin embargo un mayor esfuerzo por ampliar la mirada para incluir los desarrollos de la pediatría en el contexto histórico, político y sociocultural.

Es asimismo de gran interés un conjunto de investigaciones (Beatty, Cahan, & Grant, 2006; Billorou, 2007a; Boltanski, 1974; Caroli, 2017; Colángelo, 2001, 2012; García Galán, 2011; Hulbert, 2004; Loredó Narciani, 2016; Loredó Narciani & Jiménez Alonso, 2014; Smuts, 2006; Vosne Martins, 2008) que, desde distintos campos disciplinares, abordan el estudio histórico de la medicina infantil en Occidente en articulación con el desarrollo de los Estados Nación y el surgimiento del campo de las políticas sanitarias materno infantiles.

Una mención especial merecen los estudios enmarcados en la llamada “historia de las mujeres”, enfoque que propuso incluir en la historia global la dimensión de la relación entre los sexos, entendida como una interacción social construida históricamente y que, por ello mismo, sufre transformaciones a lo largo del tiempo (Thébaud, 2000). Las investigaciones en esta línea ampliaron el espectro de temas “legítimos” dentro de la historia, para incluir diversos tópicos entre los cuales nos interesa mencionar las relaciones familiares, la sexualidad, el parto y la maternidad (Badinter, 1981; Barrancos, 1999; Barrancos, Guy, & Valobra, 2014; Duby & Perrot, 2000; Goldman, 2010; Guy, 1994; Knibiehler, 2001; Tubert, 1996).⁵ Un antecedente particularmente valioso para esta tesis es el estudio de Marcela Nari (2004) sobre las

⁵ Un panorama general sobre este enfoque historiográfico puede hallarse en Offen, K. (2009). Historia de las mujeres. *La Aljaba*, 13(13), y en Knecher, L., & Panaia, M. (1994). Introducción. En L. Knecher & M. Panaia (Eds.), *La mitad del país. La mujer en la sociedad argentina* (pp. 11–37). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

representaciones y prácticas vinculadas a la maternidad en la Argentina, entre 1890 y 1940 y el proceso de “maternalización” tendiente a naturalizar dicha función. A lo largo de ese período se produjo, entre otras cosas, la progresiva medicalización de la procreación y la crianza de los recién nacidos, como parte de la preocupación estatal por poblar el territorio nacional. En este sentido el trabajo de Nari constituye un aporte valioso al tema de investigación propuesto. No obstante, en tanto su indagación se centra en las actitudes, sentimientos y valoraciones en torno a la maternidad, la autora no se detiene específicamente en el análisis del rol de los médicos pediatras en la normalización del desarrollo infantil.

Mencionamos, por último, el trabajo de Isabella Cosse (2010b), dedicado al estudio de los cambios en las representaciones sociales de la pareja, la sexualidad y la familia durante la década del sesenta. Es interesante al respecto destacar las transformaciones en el paradigma de crianza que reconfiguraron el rol materno, complejizando sus requerimientos y expectativas. Tanto Cosse como Plotkin (2003) y Borinsky (2005, 2009), han remitido una parte importante de este proceso a la creciente psicologización de la crianza, basada en una amplia difusión de los discursos “psi” que operó como matriz de comprensión del desarrollo infantil, haciendo hincapié en la dimensión afectiva.

3 Marco teórico y metodológico

En esta investigación se articulan la perspectiva de la historia intelectual, los estudios de recepción y la denominada “historia crítica” de la psicología, las cuales se aplicarán al análisis de un corpus de fuentes primarias conformado por artículos publicados en revistas científicas del ámbito pediátrico rioplatense, libros, disertaciones académicas,

conferencias radiales y revistas de divulgación dirigidas a un público amplio. Se trata de textos de carácter disímil, que hemos reunido en función de los interrogantes antes mencionados, los cuales suponen una indagación a dos niveles: por un lado, en las discusiones de carácter científico entre los propios galenos y, por otro lado, en el terreno de las intervenciones sobre la sociedad, plasmadas ejemplarmente en las indicaciones y consejos de cuidado, crianza y educación de los niños.

Examinaremos a continuación tanto las orientaciones historiográficas que conforman el marco teórico de esta investigación, como otros aportes que nutren y complementan este enfoque.

3.1 Los enfoques críticos en historia de la psicología

La historia crítica de la psicología se consolidó dentro de la historiografía de la disciplina en los años ochenta, a partir del debilitamiento de la premisa según la cual el relato histórico debía justificar las perspectivas disciplinares actuales (Danziger, 1984). Su rasgo más saliente consiste en aproximar la historia de la psicología a la historia de la ciencia, a la historia de las ideas y a la historia social. La historia crítica intenta visibilizar los aspectos externos a la disciplina y, en ese sentido, concibe a la psicología como un conjunto social integrado de teorías y prácticas que reflejan el contexto del cual surgen y al que regresan. Se nutre asimismo de la sociología del conocimiento científico, campo de estudios que partió de problematizar la concepción de ciencia positivista que predominó durante el siglo XIX y comienzos del siglo XX. En líneas generales, puede decirse que estos estudios cuestionaron la autonomía de la ciencia con respecto a la sociedad, poniendo de relevancia dos hechos: por un lado, que la investigación científica depende de las condiciones materiales que la sociedad ofrece (es

decir, financiamiento, cargos académicos, etc.) y, por otro lado, que el diseño y los resultados de la investigación dependen de las condiciones sociales de su producción (Martin, 2003). A partir de los años sesenta el enfoque de la sociología del conocimiento científico se vio impulsado por el cuestionamiento que ciertos filósofos e historiadores de la ciencia realizaron respecto de la epistemología “clásica”. Entre ellos se destaca el aporte de Thomas Kuhn. Con la publicación en 1962 de *La estructura de las revoluciones científicas*, Kuhn demostró –a través del análisis de ejemplos de la historia de la ciencia– que las revoluciones científicas no se explican por la llegada de una teoría “mejor” de acuerdo con criterios de legitimación internos a las propias teorías. Por el contrario, su impacto supone un previo cambio de paradigma, concepto problemático que suscitó diversas críticas y fue revisado por el propio Kuhn, quien le otorgó finalmente dos sentidos: un sentido sociológico, que remite a un conjunto de creencias, valores y técnicas compartido por los miembros de una comunidad científica y que constituye el fundamento mismo de esa comunidad; y un sentido ejemplar, en la medida en que ofrece soluciones concretas a problemas científicos (Kuhn, 2006).

El análisis de Kuhn dio lugar a nuevos interrogantes por parte de los sociólogos, que se enfocaron principalmente en los determinantes sociales de los saberes científicos y en los mecanismos a través de los cuales se legitiman y llegan a ser considerados verdaderos en un contexto sociocultural particular. Uno de los proyectos que buscó indagar estas cuestiones fue el denominado “programa fuerte en sociología del conocimiento científico”, desarrollado por sociólogos de la Universidad de Edimburgo a fines de la década de 1960. Se trata de un enfoque relativista, puesto que considera que el contenido y la naturaleza del conocimiento científico puede explicarse atendiendo al contexto macrosocial y cultural que lo determina (Bloor, 1976).⁶ Este carácter

⁶ Cuatro principios definen, según Bloor (1976, pp. 4-5), al programa fuerte en sociología del conocimiento: causalidad (dado que se centra en las condiciones que dan lugar a los conocimientos y

relativista fue blanco de numerosas críticas que tildaron al programa fuerte de “reduccionista sociológico”, por situar el origen de los conocimientos científicos en la dimensión social. Dichas críticas plantearon que la ciencia puede ser explicada teniendo en cuenta varios niveles que operan simultáneamente: social, conceptual, textual, lógico y epistemológico (Martin, 2003).

A partir de los aportes del “programa fuerte” y de los cuestionamientos que recibió, la historia crítica de la psicología se propuso en principio combinar de modo juicioso seis inevitables fuentes de sesgo (Woodward, 1980): presentista, historicista, internalista, externalista, cuantitativo y cualitativo.⁷ De ese modo, la historia de la psicología no sería el relato de grandes avances científicos producidos por individuos o escuelas de pensamiento, en función de intereses personales e independientemente de los factores culturales, sociales, políticos y económicos propios del contexto.

A mediados de la década de 1980, Kurt Danziger (1984) propuso tomar a la historia crítica en su sentido fuerte, lo cual implica posicionarse de manera crítica frente a las fuentes históricas tradicionales, a los puntos de vista del propio investigador y al desarrollo histórico de la disciplina, cuestionando la idea de un progreso científico lineal y acumulativo. En este sentido, no solo se trata de mostrar la relevancia del contexto, sino de cuestionar además la suposición según la cual los objetos de los que se ocupa la psicología forman parte del mundo natural y simplemente son “descubiertos” por los científicos. Este cuestionamiento supone interrogar los saberes establecidos partiendo de la idea de que los objetos de conocimiento científico en psicología son construcciones históricas que responden a intereses sociales más amplios (Danziger, 1979, 1984; Talak,

creencias); imparcialidad (con respecto a la verdad o falsedad, la racionalidad o irracionalidad, el éxito o fracaso); simetría en la explicación (los mismos tipos de causas deben explicar las creencias falsas y las verdaderas); reflexividad (sus patrones de explicación deberían ser aplicables a la sociología).

⁷Mientras que el presentismo es la tendencia de los historiadores a suponer que los hallazgos de la ciencia se aproximan cada vez más al objeto que pretenden describir o explicar, el historicismo implica focalizarse sobre el pasado excluyendo el presente. El internalismo, por su parte, hace referencia al estudio del desarrollo interno de la ciencia (teorías, métodos, etc.), mientras que el externalismo se detiene en las fuerzas que crean la ciencia (instituciones, climas socioculturales) (Woodward, 1980).

2003). En modo alguno esta afirmación supone una deslegitimación científica de dichos objetos. Se trata de adoptar una postura advertida que permita abrir preguntas en torno a los medios de construcción de los mismos. En ese sentido, frente a nociones tales como la de “desarrollo”, es preciso adquirir una perspectiva crítica que contribuya a la elucidación de su construcción y de sus transformaciones concomitantes con las transformaciones propias de los seres humanos y las sociedades a lo largo del tiempo (Smith, 1997). Se trata de cuestionar el naturalismo ingenuo característico de la *mainstream psychology*, que ha tendido a invisibilizar la historicidad de las categorías procediendo como si las mismas reflejaran el modo en que la naturaleza clasificó el universo psicológico. Frente a esta perspectiva, el enfoque crítico viene a plantear que los términos psicológicos son construidos y reconstruidos para abordar diferentes problemas y responder preguntas que expresan intereses sociales (Danziger, 1990). De allí que dependan, en su mayoría, de formas de teorizar y de acuerdos compartidos en la cultura general, es decir, de preconcepciones acerca del fenómeno que se investiga (Danziger, 1997). Esto no implica, sin embargo, caer en un reduccionismo sociológico: el hecho de que la producción de conocimiento esté inserta en lo social no significa que exista una correlación directa y lineal entre los acontecimientos sociopolíticos y las dinámicas propias de la disciplina (Klappenbach, 2006). Es útil en este sentido el aporte del construccionismo social, enfoque según el cual la actividad científica es una empresa activa y cooperativa de personas que se relacionan entre sí y en la cual el objeto se construye en el proceso de conocerlo (Gergen, 1985). Este aporte permite pensar de qué modo una trama de factores extradisciplinarios y extracientíficos delimitan el perfil que adopta la psicología y las prácticas psicológicas en un determinado tiempo y lugar (Pickren & Rutherford, 2010). A su vez, los aspectos cognitivos juegan un importante papel, integrándose a los factores sociales. En esa dirección, Danziger (1979,

1984) ha formulado una serie de conceptos que permiten integrar ambas dimensiones: el concepto de “problemática” (entendido como el marco de acción de los científicos, que define un problema en base a ciertos esquemas, metáforas e imágenes y prescribe soluciones aceptables) y la noción de “intereses intelectuales” (que constituyen el punto de encuentro entre intereses sociales y construcciones cognitivas) son algunos ejemplos. A través de un análisis que contemple la incidencia de los factores extracientíficos e intelectuales, pueden comprenderse los motivos por los cuales ciertos tipos de prácticas de investigación e intervención prosperan (o no) en determinadas circunstancias histórico-sociales.

En suma, el enfoque crítico en historia de la psicología no concibe el progreso científico como un proceso lineal, acumulativo y continuo y por ende no se centra en héroes y grandes descubrimientos (Woodward, 1980). Por esa razón, el desarrollo actual de la disciplina no será visto como el único posible y, por ende, el más sofisticado. Queda así establecida una diferencia fundamental con respecto a los modos tradicionales de hacer historia (historias celebratorias o historias “Whig”), que consideran el estado actual de la disciplina de manera acrítica e intentan, a partir de allí, aprehender el pasado (Smith, 1997). En los enfoques tradicionales en historia de la ciencia, la mirada hacia el pasado se realiza a partir de los sesgos y valores del presente, buscando la confirmación necesaria para legitimar el *statu quo* de la disciplina (Harris, 1997). De aquí resulta la clausura de toda posibilidad de que la elucidación histórica impacte de modo crítico sobre el conocimiento actual, lo cual constituye la función más importante de la historiografía (Vezzetti, 2007).

3.2 La historia intelectual

Como parte del proceso de revisión de las perspectivas tradicionales en historia de la psicología, este campo fue incluido dentro de la historia de las ciencias humanas, al tiempo que se incorporaron bases metodológicas provenientes de la investigación histórica. Este hecho ha complejizado y enriquecido el enfoque, ampliando el análisis centrado en los problemas, textos y autores propios del campo disciplinar. Se parte entonces de reconocer la pluralidad y complejidad de la disciplina, lo cual implica que las preguntas históricas que pueden plantearse serán variadas y el análisis necesariamente desbordará los límites de sus discursos y prácticas para dialogar con la historia cultural, la historia de las ideas, la historia social y política y la historia institucional (Vezzetti, 2007). En el caso de este trabajo, podrían añadirse asimismo los aportes de la historia de la vida privada, de la historia de las mujeres y de la historia de la salud y la enfermedad, que desarrollaremos más adelante. Frente a nuestra hipótesis sobre la creciente “psicologización” de la mirada pediátrica, este enfoque nos previene de una visión egocéntrica y simplista que otorgaría un peso decisivo a los saberes “psi” (Harris, 1997). Como veremos, muchos de los cambios registrados a lo largo del período que estudiamos se explican en gran medida por transformaciones demográficas, políticas, legislativas, socioculturales, entre otras. El interés radica, en todo caso, en analizar de qué modo y por medio de qué vías los saberes “psi” lograron consolidarse como un elemento clave para comprender el desarrollo vital. Y es en ese sentido que la reconstrucción histórica puede producir un “efecto epistémico” (García, Macchioli, & Talak, 2014a): un análisis que muestre la complejidad de las disciplinas permite preguntarse acerca de las condiciones en que los saberes psicológicos son más o menos productivos y relevantes a nivel social.

Este cruce disciplinar nos situaría entonces en el campo de la historia intelectual, enfoque no demarcado de manera nítida, que configura un área de estudios que se mantiene dentro del terreno historiográfico pero se contacta con otras disciplinas (Altamirano, 2005). En virtud de esta particularidad, la historia intelectual ha sido considerada como el campo más interdisciplinario de los estudios históricos, o bien, desde una mirada crítica, como un híbrido entre la filosofía, la historia de los intelectuales y la historia cultural, que no cumpliría bien la tarea de ninguna de estas disciplinas.⁸

Privilegiando los hechos de discurso, la historia intelectual se ocupa del problema de la relación texto-contexto (La Capra, 1998).⁹ Su punto de partida es la idea de que las significaciones que analiza no se producen ni circulan en un vacío social (Altamirano, 2005). A partir de allí es que plantea la necesidad de inspeccionar detenidamente las obras (desde un punto de vista lógico, semántico y estilístico), recuperando a su vez el contexto intelectual de su producción. En este punto es oportuno insistir en que si bien el análisis del marco social puede ser de utilidad para comprender un texto, las ideas no deben ser asimiladas sin más al contexto. Se trata, como señala José Sazbón (2009), de realizar un examen circunstanciado de las

⁸ Según las posturas críticas de este enfoque, la historia intelectual manipula las ideas de un modo poco riguroso desde el punto de vista filosófico. A su vez, su trabajo con el contexto resulta algo superficial para un sociólogo del conocimiento científico. Asimismo, su interés casi exclusivo por la cultura de elite ha suscitado malestar entre muchos historiadores de la cultura que mantienen una postura anti jerárquica (Jay, 2003). Cabe mencionar además las críticas de la historia social, orientación que se volvió predominante en el ámbito anglosajón desde la década de 1960. Dichas críticas se centraron en el objeto de estudio de la historia intelectual (ideas en lugar de fuerzas sociales) y en su método (basado en evidencias parciales, sin un relevamiento sistemático de tipo cuantitativo) (Sabato, 1986).

⁹ A partir del denominado “giro lingüístico” el lenguaje dejó de ser concebido como un instrumento para representar la realidad exterior a él. Por el contrario, comenzó a plantearse que nuestro conocimiento del mundo es esencialmente lingüístico. El impacto de estas ideas en el campo de la historia condujo a enfatizar la idea de que, para el historiador, la reconstrucción de un determinado contexto se produce sobre la base de restos “textualizados” del pasado. Así, la producción historiográfica comenzó a centrarse en el estudio de los modos de producción, reproducción y transmisión de sentidos, asumiendo que la red de significados construida intersubjetivamente es constitutiva de nuestra experiencia histórica. Para un análisis detallado de los cambios acontecidos en el campo de la *intellectual history* y las novedades introducidas por el “giro lingüístico” véase Palti, E. J. (1998). “Giro lingüístico” e historia intelectual. En E. Palti (Ed.), *“Giro lingüístico” e historia intelectual* (pp. 19–168). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

significaciones, atendiendo especialmente a los desplazamientos de sentido a lo largo del tiempo. En esa dirección, esta tesis intentará analizar de qué manera una serie de ideas (psicológicas, en este caso) se proponen intervenir en el mundo y cómo éste modela su contenido y les da cauce (García et al., 2014a). La historia intelectual se aparta así de la historia de las ideas en la medida en que presta menos atención a su secuencia temporal que a sus encarnaciones y sus contextos biográficos (Tarcus, 2013). Esto último remite a quienes producen, portan y difunden esas ideas, es decir, los intelectuales y expertos. En el caso que nos ocupa, la figura del médico de niños reunió elementos de ambos: por un lado, en tanto experto, fue identificado como un especialista que en la mayoría de los casos se desempeñaba en el ámbito de la salud pública y cuya formación evocaba especialización y entrenamiento académico (Neiburg & Plotkin, 2004). Pero, al mismo tiempo y en el marco de su deber profesional de supervisar el desarrollo infantil, los pediatras y puericultores se comportaron como intelectuales, interviniendo en temáticas diversas (trabajo femenino, vivienda, planificación familiar, vestido, juegos y entretenimientos más aptos para el niño, entre otros) y fundamentando sus opiniones en la legitimidad de su formación científica.

3.3 Los estudios de recepción

3.3.1 La recepción como “apropiación activa”

Hacia mediados de la década de 1970 el campo de la historia intelectual incorporó, entre otros, el aporte de la teoría de la comunicación literaria conocida como “estética de la recepción” o “escuela de Constanza”. Postulada a fines de los años sesenta por el filólogo alemán Hans-Robert Jauss e inspirada en la moderna hermenéutica de Hans-

Georg Gadamer,¹⁰ la estética de la recepción estudia el tópico del sentido de una obra centrándose en la comunicación que se da entre el autor y el público. Desde esta perspectiva, el sentido de la obra será el resultado del cruce entre dos factores: el horizonte de expectativa implicado en ella y el horizonte de experiencia suplido por el lector (Jauss, 1981). Esto quiere decir que cada lector se acerca al texto provisto de una serie de ideas, impresiones y expectativas previas, a saber: referencias sobre la obra y el autor, información histórica más o menos rica, nociones generales sobre literatura y géneros literarios. La comprensión, entonces, estará determinada por ese bagaje de ideas previo que el texto pone en funcionamiento y del que, al mismo tiempo, resulta. Con el surgimiento de la estética de la recepción el lector pasó de la subestimación a ser el protagonista, objeto y objetivo de los estudios literarios, a punto tal que ha llegado a concebirse al autor como un lector que escribe y al lector como un autor que no lo hace (Block de Behar, 1985). De este modo, la escuela de Constanza discutió las tesis de la intencionalidad del autor y de la objetividad textual. Desde esta perspectiva, puede plantearse que el texto no existe como cosa en sí, sino para los lectores. Son los lectores quienes lo recrean en cada lectura. Dicho de otra manera, el texto no existe por fuera de la historia de sus interpretaciones (Tarcus, 2013). Esto pone de relevancia el poder productivo de las interpretaciones, en la medida en que importa menos haber realizado una lectura “correcta” o “verdadera”, que la productividad de la interpretación misma.

De lo anterior se sigue que la lectura de una obra entraña necesariamente una transformación, es decir, que no es una adquisición pasiva sino que, por el contrario, se

¹⁰ Jauss adoptó de Gadamer la concepción de una hermenéutica filosófica, alejada de la hermenéutica reconstructiva tradicional que, echando mano de la historia y la filología, buscaba dar cuenta de los orígenes. La noción de fusión de horizontes que Jauss toma de Gadamer plantea precisamente que el objetivo de la hermenéutica no es reconstruir el primer sentido del texto sino marcar el intervalo temporal que se genera entre el horizonte de expectativa (que condiciona al lector de acuerdo con la visión del autor y que, según presume el lector, ha dado forma y sentido a la obra) y el horizonte de experiencia (propio del lector, quien interpreta y reinterpreta la obra en función de su propia actualidad) (Block de Behar, 1985). Sobre hermenéutica, véase Ferraris, M. (2005). *Historia de la Hermenéutica*. México: Siglo XXI Editores.

trata de un proceso activo, que modifica aquello que recibe en función de los propios intereses y necesidades (Dagfal, 2004; Dotti, Blanco, Plotkin, Vezzetti, & García, 2008). Al respecto, Horacio Tarcus habla de lecturas y “usos”, para destacar el carácter activo y creativo de quienes importan ideas provenientes de otros contextos y se apropian de ellas traduciéndolas, citándolas, publicándolas, prologándolas y, en el caso que nos ocupa, plasmándolas en intervenciones sobre el desarrollo infantil. En lo que respecta a los procesos de recepción intelectual, el autor sitúa diferentes momentos, a cada uno de los cuales corresponde cierto tipo de intelectuales. Cabe aclarar que dichos momentos pueden confundirse en la práctica, y que los roles intelectuales correspondientes a cada momento pueden ser asumidos por un mismo sujeto de manera simultánea. Los momentos son: 1) el *momento de la producción* de una teoría, a cargo de “intelectuales conceptivos”. Piénsese en nuestro caso en las investigaciones de Arnold Gesell, cuyos resultados se plasmaron tanto en las normas del desarrollo como en los consejos de crianza y educación del niño. Dos obras clave al respecto son *Developmental Diagnosis*, editada en la Argentina por Paidós en 1946 con el título *Diagnóstico del desarrollo e Infant and Child in the Culture of Today*, publicada por la editorial Nova en 1948 con el título *La educación del niño en la cultura moderna*; 2) el *momento de la difusión* de un cuerpo de ideas a través de libros, revistas, diarios, cursos, conferencias, traducciones, etc. En esta actividad pueden participar los mismos intelectuales conceptivos o bien otros agentes tales como editoriales, partidos políticos, sociedades científicas o profesionales, etc. En nuestro caso, si bien las revistas, las editoriales y las sociedades científicas desempeñaron un rol clave, debe considerarse asimismo el papel que los organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) desempeñaron en el establecimiento de una agenda de problemas y prioridades en salud pública por medio de la difusión de conocimientos

sistematizados en informes tales como el de John Bowlby; 3) El *momento de la recepción*, vale decir, la difusión de un cuerpo de ideas en un campo de producción diverso del original. Se trata, como se ha mencionado, de un proceso activo por el cual ciertos grupos sociales se sienten interpelados por una teoría producida en otro campo e intentan “recepcionarla”, es decir, adaptarla a su propio campo. Los mecanismos utilizados son asimismo la traducción y edición de libros, los prólogos, las actividades de difusión, entre otras. Todas estas actividades pueden realizarse a través de diferentes medios (orales, escritos, etc.), de distintos actores (científicos, intelectuales, inmigrantes, etc.) y en función de intereses diversos. En lo que hace a esta investigación, podrían mencionarse numerosas figuras que operaron como receptores y difusores de saberes “psi” vinculados con el desarrollo infantil. Entre ellas se destacan los nombres de Juan P. Garrahan y Florencio Escardó, pediatras cuyo protagonismo es indiscutible en el período analizado y que llevaron adelante una intensa tarea de difusión de temas médico-psicológicos, prologando y reseñando asimismo obras del campo “psi”; 4) El *momento de la apropiación*, por parte de un lector “final” del conocimiento que ha circulado atravesando las etapas previas. El hecho de entrecomillar el término lector se debe a que se trata de una distinción analítica, puesto que ese lector “final” puede convertirse en un nuevo productor, difusor o receptor. Asimismo, en los momentos anteriores quienes producen, difunden y recepcionan son, ante todo, lectores.

3.3.2 Recepción y circulación de saberes

El estudio de la recepción nos sitúa frente a la ciencia como una forma de comunicación que viaja, es traducida y es transmitida (Secord, 2004). En ese sentido, esta tesis incorpora una serie de desarrollos que ofrecen nociones y categorías que se ajustan a los

procesos de circulación, recepción y transformación de los saberes “psi” (Macchioli, García, Molinari, Benítez, & Cardaci, 2015). Consideremos en primer lugar los desarrollos del denominado “giro material” de la historia intelectual. Su aporte permite escribir una historia menos centrada en la lectura de textos que en el análisis de otros objetos cargados de significado cultural. A la interpretación de los textos se añade así la reconstrucción de comunidades intelectuales y editoriales (Grafton, 2007). De este modo, la historia de las disciplinas se conecta además con instancias socioeconómicas constitutivas de sus saberes y prácticas (Macchioli et al., 2015) y partícipes del proceso de circulación. Pensemos, por ejemplo, en los traductores. Complejizando la mirada sobre el proceso de traducción, Ricoeur (2005), analiza el rol de los traductores como intérpretes. Según el autor, la tarea de traducir entraña el desafío –imposible de lograr– de servir a dos amos: al autor extranjero en su obra y al lector destinatario en su deseo de apropiación. Y la única manera de sortear este obstáculo es renunciar a la idea de la traducción perfecta, lo cual se articula con el proceso de apropiación activa que implica la recepción. Así, el traductor dice algo más acerca de lo que traduce, lo coloca en un plano de problemas e interrogantes propio de un campo que la obra extranjera vendría a responder.

La traducción se vincula de modo estrecho con el mundo editorial y las redes de relaciones sociales, culturales y económicas que lo estructuran (Sorá, 2004). Si bien esta tesis no está vertebrada en torno a la actividad editorial, es ineludible el análisis del impacto de la industria del libro en el desarrollo de la psicología en un país periférico como Argentina en el cual la recepción de ideas y teorías se produce principalmente a través de traducciones y ediciones de obras originalmente publicadas en idiomas extranjeros (Klappenbach, 2001). Así, podremos ver de qué modo editoriales como Paidós –surgida a mediados de los años cuarenta– cumplieron un rol importante en la

conformación de un público lector de obras “psi”, en un principio conformado por médicos y educadores.

En segundo lugar, recuperamos los aportes de la historia transnacional, entendida como aquella que se ocupa del movimiento de personas, ideas, tecnologías e instituciones a través de los límites nacionales. Desde los años sesenta este enfoque fue incorporado por las ciencias sociales como un nuevo marco explicativo, en un mundo en el cual se observaba el ascenso de una economía y una cultura globales (Turchetti, Herran, & Boudia, 2012). La historia transnacional permite analizar la conformación de circuitos que comunican científicos de diversas geografías. En el caso que aquí se analiza, es posible constatar la presencia de una red de pediatras tendida entre ambos márgenes del Río de la Plata. Esta comunicación posibilitó la circulación de médicos, traducciones y prácticas y reunió a pediatras argentinos y uruguayos en eventos científicos tales como las Jornadas Pediátricas Rioplatenses. Asimismo, las traducciones que circularon entre los médicos locales colocaron ciertas ideas en torno al desarrollo, la maternidad y la crianza en un plano de circulación que traspasó los límites nacionales. La perspectiva transnacional nos permite así tematizar la circulación de ideas con relativa independencia de las fronteras políticas y culturales y de las instituciones estatales. Se expande así la mirada constrictiva presente en algunas historias nacionales, al tiempo que se combate la idea de “excepcionalidad” que sostienen algunas naciones en sus relatos históricos. Asimismo, este enfoque pone de manifiesto el rol que juegan las redes científicas transnacionales en el fortalecimiento y la propagación de ciertas ideas producidas en un contexto determinado (Turchetti, Herran, & Boudia, 2012). Desde luego, el hecho de relativizar el papel del Estado en la producción de conocimiento no supone desestimarlos. Se trata, en verdad, de reconstruir la compleja

relación entre saberes, actores y condiciones locales e internacionales (Macchioli et al., 2015).

3.4 Otros aportes teórico-metodológicos

3.4.1 Reinhart Koselleck: pasado y futuro en el tiempo histórico

Resulta valioso para el enfoque historiográfico propuesto el aporte del campo de la historia conceptual, a partir de las nociones de *espacio de experiencia* y *horizonte de expectativa*, propuestas por Reinhart Koselleck (1993) en su análisis teórico del tiempo histórico. Su modo de entender la historia conceptual busca tematizar la convergencia entre concepto e historia, toda vez que, según el autor, la condición de posibilidad de la historia como ciencia radica en la aprehensión lingüística de acontecimientos y experiencias a través de conceptos (Blanco Rivero, 2012). En ese sentido, Koselleck aborda la relación de tensión permanente entre la historia conceptual y la historia social. Muestra cómo un examen crítico de los conceptos presentes en las fuentes puede articularse con la historia social y cómo la investigación de los conceptos conduce a cuestiones sociohistóricas que exceden el texto en sí.

Si bien se trata de categorías formales, Koselleck considera que *espacio de experiencia* y *horizonte de expectativa* ayudan a fundamentar la posibilidad de una historia, en la medida en que ésta siempre se constituye a partir de las experiencias y esperanzas de actores sociales diversos. Estas categorías permiten tematizar el tiempo histórico puesto que entrecruzan el pasado y el futuro. La experiencia es un pasado presente, con acontecimientos que han sido incorporados y pueden ser recordados. En ella se fusionan la elaboración racional y los comportamientos transmitidos de

generación en generación. El hecho de que la propia experiencia sea transmitida por generaciones o instituciones, hace que siempre conserve elementos de la experiencia ajena. Se trata entonces de un *espacio* que reúne en una totalidad diversos estratos temporales. La expectativa, por su parte, es futuro hecho presente, apunta a lo no experimentado, a aquello que puede descubrirse. La curiosidad, la esperanza y el análisis racional la constituyen. El autor se sirve de la metáfora de un *horizonte* para dar cuenta de una línea que abre en el futuro un nuevo espacio de experiencia, que aún no es posible contemplar.

El aporte de Koselleck resulta de interés para una historia de la psicología que busque analizar el entrecruzamiento temporal entre pasado y futuro y entre concepto y circunstancia. Si consideramos a la psicología como un conjunto de saberes y prácticas que utiliza un lenguaje determinado para describir, clasificar y explicar las capacidades humanas y procura intervenir para modificarlas en cierta dirección, los conceptos pueden examinarse en su relación con vivencias sociales, percepción de problemas y expectativas de los actores (Talak, 2008). Así, es posible pensar que cuando los sujetos enfrentan problemas que no pueden ser respondidos desde el espacio de experiencia, tiene lugar una apertura hacia nuevos horizontes. Y en esta dinámica el significado y el uso de los conceptos muestra cómo los actores piensan el presente y planifican el futuro, y cuáles son los elementos del pasado entramados en esa forma de ver el problema (Parellada, Lescano, & Benítez, 2015). En esta tesis, los aportes de Koselleck permiten analizar cómo la imposibilidad por parte de los médicos de resolver cierto problema práctico (por ejemplo, la inapetencia de origen psíquico o los efectos perniciosos del hospitalismo en el desarrollo psicofísico) a partir de su *experiencia*, abrió el juego a nuevos *horizontes*, marcados por los aportes de los saberes “psi” en un clima de cierta reconfiguración respecto de los conceptos de salud y desarrollo. La “pediatría

psicosomática” propuesta por Florencio Escardó, así como la “nueva puericultura” de Juan P. Garrahan podrían ser pensadas como denominaciones que adquirió un proyecto de medicina infantil que, en un momento de cambio, mostraba la tensión entre experiencia y expectativa. Así, la interpretación del pasado y la valoración del presente adquirieron un tono crítico, al tiempo que la expectativa en torno al futuro mostraba la consolidación un proyecto de medicina infantil caracterizado por un abordaje más sofisticado de su objeto de estudio.

El aporte de Koselleck nos permite apreciar, asimismo, de qué modo los usos de dichos conceptos se relacionan con acontecimientos, condensando así experiencias y expectativas. El concepto de desarrollo, por ejemplo, se vinculó durante buena parte del período analizado con las ideas eugenésicas de perfección de la “raza”, en un clima sociopolítico que valoraba al individuo fundamentalmente como parte de un colectivo que debía marchar por la senda del progreso. Hacia el final del tramo histórico se observa un uso del concepto de desarrollo más ligado a la idea de desenvolvimiento pleno del sujeto; si bien en modo alguno este planteo dejó atrás el tan anhelado progreso social, el clima de la Segunda Posguerra –con la creciente expansión de los saberes “psi”– lo redefinió en términos de realización personal en un clima de libertad democrática.

3.4.2 Los aportes de Pierre Bourdieu

Los desarrollos de Pierre Bourdieu (2000) en torno a la concepción de ciencia como un campo social con sus relaciones de fuerza, disputas e intereses en juego es de sumo interés para el enfoque aquí propuesto. Con las nociones de *campo* y de *capital simbólico*, Bourdieu retoma la idea de Robert Merton de considerar a la ciencia como

un sistema de intercambio de bienes específicos y gratificaciones. A su vez, el concepto de campo le permitió sortear la disyuntiva interior-exterior para pensar los orígenes y características de la ciencia. En efecto, Bourdieu (2000, 2003) dirá que para comprender a la ciencia en tanto producción cultural no basta con remitirse a su contenido textual, pero tampoco alcanza con referirse al contexto social como determinante directo. El autor ubica, en medio de esos dos polos, al campo científico, un micromundo regido por sus propias leyes, en el que habitan los agentes y las instituciones que producen conocimiento. El rasgo característico de la concepción de Bourdieu sobre el campo es considerarlo un espacio de lucha competitiva por el capital simbólico, que se expresa bajo dos formas: el monopolio de la autoridad científica (en la que se conjugan la capacidad técnica y el poder social) y el logro de cierto reconocimiento por parte de los pares. Así, lo que los científicos perciben como importante e interesante es lo que puede ser reconocido por otros como importante e interesante. Esta disputa por el capital simbólico bajo la forma de autoridad científica asegura un poder sobre los mecanismos constitutivos del campo y una elevada posición en la jerarquía de valores científicos. En lo que respecta a esta investigación, y teniendo en cuenta que el interés por un tema es, desde esta perspectiva, una estrategia política para obtener reconocimiento, interesa indagar qué rol cumplieron los saberes “psi” en la dinámica propia del campo profesional médico especializado en el estudio y tratamiento de los niños. Esto implicó, por un lado, que los médicos pudiesen conferir al saber psicológico una cierta autoridad para admitirlo en lo que Rose (1996) denomina “aparatos de verdad”, es decir, publicaciones científicas, congresos, etc. Por otro lado, y en simultáneo, el proceso de disciplinarización de la psicología supuso el establecimiento de alianzas con diversos actores sociales –entre ellos los médicos– y el desarrollo de técnicas que permitiesen demostrar sus aseveraciones.

3.4.3 El problema de los valores en ciencia y las epistemologías feministas

El tópico de las relaciones entre psicología y sociedad ha llevado a reflexionar sobre sus mutuas influencias y el modo como la sociedad predispone a la ciencia a adoptar una serie de valores epistémicos y no epistémicos congruentes con la ideología dominante. Así, se ha planteado que, la mayoría de las veces, la psicología refleja y reproduce las creencias morales y culturales prevalentes, tanto en los niveles teóricos como aplicados. Dichos valores son vehiculizados a través de un discurso científico pretendidamente neutral que tiende a difundir una imagen del ser humano en la que lo individual es prácticamente independiente de las circunstancias socio-históricas. Por esta razón se afirma que la psicología ha sido funcional al sostenimiento del *statu quo* (Prilleltensky, 1989) y que el conocimiento psicológico articula y expresa los modos de pensar, las prioridades y los valores de los psicólogos que lo producen (Richards, 1997). En lo que respecta a los valores no epistémicos, la temática que aborda esta tesis permite analizar, por ejemplo, cómo los parámetros de normalidad del desarrollo infantil difundidos por el discurso de los médicos (varones, en su gran mayoría) se mantuvieron en estrecha relación con una manera de pensar la crianza y el rol de la mujer en ella. Hemos mencionado el proceso de *maternalización* que operó en la Argentina desde fines del siglo XIX y que tendió a naturalizar dicha función. En el período analizado aquí, la apelación a la mujer en tanto madre y su responsabilidad casi exclusiva en el cuidado del niño se mantuvo constante, aun cuando se modificaran las bases de sustentación de los argumentos médicos. El saber científico se presentó como garantía de eficacia, rigurosidad y objetividad, en contraposición con la ineficacia y la subjetividad de los saberes y prácticas maternas. Si bien con el paso de los años esta tendencia se modificó en el sentido de un mayor reconocimiento a cierto saber materno –vinculado

fundamentalmente con el registro emocional-afectivo—, las ideas que motorizaron ese cambio de perspectiva fueron introducidas por la ciencia, en este caso la psicología. A través de este cruce entre medicina y saberes “psi”, y con el aporte de la perspectiva historiográfica crítica y de la historia de las mujeres, el análisis aquí propuesto puede aportar elementos de interés para iluminar el papel histórico de la psicología en la construcción de la maternidad y la infancia y en el sostenimiento del *statu quo* a través de la esencialización de los roles de género (Ostrovsky, 2010).

Un aporte valioso para indagar estas cuestiones lo constituyen las epistemologías feministas, surgidas en el marco de un pensamiento que se erigió precisamente como cuestionamiento político contra los efectos de poder del discurso científico sobre el cuerpo y el habla de las mujeres (Dorlin, 2009). A partir de los años ochenta, autoras como Helen Longino, Evelyn Fox Keller y Sandra Harding comenzaron a indagar a la ciencia desde una perspectiva feminista que implicó, entre otras cosas, someterla al tipo de examen que se aplica a cualquier otra institución o conjunto de prácticas sociales y, por ello mismo, históricamente cambiantes (Harding, 1996).¹¹ Estos trabajos partieron de asumir que vivimos en una cultura en la cual la racionalidad científica rige el funcionamiento de las instituciones públicas e incluso la forma de analizar nuestra vida

¹¹ En virtud de su filiación con el marxismo, estos enfoques señalan que la construcción histórica de los roles de género se produjo de manera simultánea con el surgimiento de las modernas economías de mercado y plantean la existencia de una división sexual del trabajo que asigna los hombres a la esfera productiva y al ámbito público y las mujeres a la esfera reproductiva y al ámbito doméstico. Esta división sexual del trabajo opera asimismo en el terreno de la ciencia. Así, se plantea que las mujeres, los hombres y la ciencia son creados a partir de un complejo entramado de factores cognitivos, emocionales y sociales que apoya la conjunción histórica entre ciencia y masculinidad y la disyunción igualmente histórica entre ciencia y feminidad (Fox Keller, 1991). De aquí se deriva el lugar que las mujeres han tenido en ciencia, dado que la tríada razón-hecho-objeto se identifica con el discurso racional, el conocimiento científico y “lo masculino”, mientras que la tríada sensibilidad-valor-sujeto se asocia con lo imprevisible, irracional y “femenino” (Acevedo, 1994). Se ha planteado así que esta lógica androcéntrica propia de la ciencia conforma una ideología en sentido fuerte, es decir, una serie de creencias que estructuran las políticas y prácticas de la ciencia en tanto institución social. Esta clase de críticas se erigen contra ciertos dogmas científicos, tales como la creencia de que existe una diferencia fundamental entre las verdades analíticas (basadas en los significados) y las verdades sintéticas (basadas en los hechos), y la creencia de que todo enunciado significativo es equivalente a algún constructo lógico sobre términos referidos a la experiencia inmediata.

privada. A propósito de esto último, basta pensar en las diversas publicaciones de divulgación sobre crianza, que extraen su autoridad de la ciencia médica y/o psicológica. Además de analizar el lugar de la mujer en la ciencia bajo una perspectiva crítica respecto de la división del trabajo por géneros, estos estudios se destacan por haber iluminado aspectos de interés en relación con la presencia de valores en la producción de conocimiento científico. Este punto es particularmente relevante si tenemos en cuenta que históricamente la *mainstream psychology* ha afirmado que el conocimiento que produce es objetivo y que los valores que la rigen son de tipo epistémico, es decir, que no reflejarían valores éticos, políticos y sociales (Talak, 2014b). La idea de una ciencia libre de valores ha sido, sin embargo, cuestionada desde diversos enfoques, entre los cuales se hallan las epistemologías feministas (Riger, 1992). Las diversas autoras enmarcadas en esta corriente asumen que los valores no epistémicos (es decir, políticos, sociales, morales, de género, etc.) no son elementos que interfieren en la búsqueda científica de la verdad. Por el contrario, junto con los valores epistémicos, son intrínsecos a la producción de conocimiento científico determinando, por ejemplo, las preguntas que orientan la investigación, el marco teórico adoptado y los métodos utilizados (Anderson, 2004; Potter, 2006; Talak, 2014b). Según estos estudios, los conceptos, teorías y metodologías científicas no son verdades trascendentales sino productos del pensamiento que llevan la marca de género, clase social, raza y cultura de sus creadores. Frente a los defensores de la neutralidad valorativa de la ciencia y de la escisión entre ciencia y sociedad, se ha puesto en duda la posibilidad de hallar un núcleo puro, independiente de valores, en los enunciados de modelos de la física, en el lenguaje matemático de la ciencia y en el razonamiento lógico (Harding, 1996).

Considerando los objetivos que persigue esta tesis, los aportes de las epistemologías feministas permitirán analizar, desde una perspectiva histórica, qué clase

de valores guiaron la lectura y apropiación de saberes “psi” por parte de los médicos para comprender el desarrollo e intervenir en su curso, reorientándolo en función de ciertos preceptos de normalidad. A este respecto resulta útil el enfoque de la *Standpoint Theory*, que destaca el hecho de que el conocimiento científico se produce en condiciones materiales y relacionales contingentes que inciden sobre la formación del científico y su agenda de problemas, determinando sus decisiones sobre la justificación y los usos del conocimiento. En articulación con la perspectiva de los estudios de recepción, este enfoque permite historizar de qué modo se conformaron los criterios de validación científica en diferentes épocas y se trasladaron a otros contextos, permitiendo la reactualización de los saberes recibidos (García, 2011). En suma, esta investigación trata de indagar en las consecuencias del hecho de que cierto sector del campo científico (en este caso conformado por médicos) se haya apropiado de teorías y prácticas elaboradas en otros escenarios, con el fin de resolver problemas del propio contexto. Tal como ha señalado Vezzetti (2007), en este tipo de análisis importan más los usos de una obra que su trama interna. A su vez, se considerarán las particularidades que supone la recepción en contextos como el latinoamericano, que se hallan alejados de los principales centros productores de conocimiento. En ese sentido, siguiendo a Tarcus (2013), la recepción importa como *problema*, vale decir, como malentendido inherente a la apropiación de ideas en un contexto diferente al cual fueron producidas. Esto es particularmente relevante en un país como la Argentina, que desde su conformación como Nación se enfrentó a la cuestión de la circulación y apropiación de ideas provenientes de Europa (Dotti et al., 2008).

3.4.4 Georges Canguilhem: la medicina como una filosofía del orden

Otros aportes de suma relevancia son los desarrollos de Georges Canguilhem (2004, 2005, 2009a, 2009b) en torno a la historia y a la epistemología de las ciencias de la vida. En función de nuestro interés por el estudio médico del desarrollo, destacamos particularmente el análisis que el autor realiza del concepto de “norma” y su relación con lo anormal y con la idea de orden. Hay que decir que toda su filosofía de la vida gira en torno al concepto de norma; vida y norma conforman en su obra un binomio imposible de disociar (Le Blanc, 2004).

Canguilhem (2009b) señala que “normal” es un término equívoco, ya que designa un hecho y un valor que el que habla atribuye a ese hecho, en virtud de su propio juicio de apreciación. De allí que la norma sea además un concepto político, es decir, vinculado con cierto ejercicio del poder, dada la exigencia y la coerción que ejerce sobre los ámbitos en los que se aplica. En el pensamiento del autor, lo patológico es lo primero: en la vida hay una primacía de lo anormal, que reclama una corrección y la norma surge justamente para corregirlo o rectificarlo. Lo anormal que desde el punto de vista lógico sería secundario es, según Canguilhem, existencialmente primario. Se establece así una continuidad entre lo patológico y lo normal, que será en adelante la premisa en base a la cual la medicina se abocará a la tarea de proteger el orden normal contra el desorden que entraña la enfermedad. El fundamento de la norma científica es, entonces, un valor social ligado a la idea de orden. El propósito terapéutico de restaurar el orden de la buena salud solo se entiende a partir de la primacía general del orden sobre el desorden. La filosofía de la medicina se transforma entonces en una filosofía del orden. La norma científica, producto de identificar lo normal y lo patológico es, en

realidad, una norma social que procura valorizar en el terreno de la ciencia un dogma de conservación contra un principio de cambio (Le Blanc, 2004, p. 46).

La obra de Canguilhem encontró una especial resonancia en los desarrollos de Michel Foucault, autor cuyos aportes, junto con los de Nikolas Rose, resultan fundamentales para esta tesis. A continuación, sintetizaremos los principales núcleos conceptuales que serán retomados en este trabajo.

3.4.5 Michel Foucault y Nikolas Rose: las disciplinas “psi” en la encrucijada saber-poder

Desde el punto de vista de la historiografía de la psicología y de la medicina, la genealogía del sujeto moderno que traza la obra de Foucault interesa por la renovación que introduce, en virtud de la cual nuevos objetos de análisis (la locura, la clínica, la gubernamentalidad, la sexualidad) se articulan con una interrogación sobre los fundamentos, saberes y prácticas de las ciencias humanas modernas. Así, Foucault propone una historia crítica de las ciencias humanas que no adopta una perspectiva filosófica sino que parte del análisis de disciplinas empíricas (la medicina, la psicología, el psicoanálisis, etc.) (Vezzetti, 2001).

En esta tesis nos basamos fundamentalmente en textos correspondientes al período genealógico de su obra (Foucault, 1973-1974/2005, 1976/2008, 1974-1975/2001, 1977-1978/2006, 1975/2008), durante el cual su interés se centró en el poder y sus relaciones con el saber, ubicando a la psicología en dicho cruce.¹² En este

¹² En lo que respecta al método genealógico, nos interesa destacar algunos de sus rasgos centrales que resultan solidarios de un enfoque histórico crítico como el propuesto en esta tesis. Se trata de un método que rechaza la búsqueda del origen con la pretensión de hallar allí la esencia de la cosa, su naturaleza más pura, su perfección y su verdad. Por el contrario, el genealogista reniega de las esencias y sostiene que, en todo caso, ellas se construyen pieza por pieza a partir de figuras disímiles. En ese sentido, Foucault sostiene que no hay perfección en los comienzos: ellos son bajos, irrisorios, irónicos y azarosos. La genealogía buscará entonces la procedencia, y en esa búsqueda recorrerá diversos caminos y hallará

marco, el conocimiento sobre el desarrollo psicológico infantil puede pensarse no como producto de una indagación objetiva y neutral de los mecanismos naturales que lo comandan, sino como efecto y motor de las formas modernas de poder, que surgieron en las sociedades occidentales hacia el siglo XVIII y tuvieron a su cargo el moldeamiento de los cuerpos, su vigilancia y la normalización de las conductas. El conocimiento sobre el ser humano, lejos de ser resultado de una curiosidad pura y desinteresada, tuvo su punto de partida, según Foucault, en la práctica de control de los individuos, con la consecuente invención de las tecnologías positivas de poder. Este poder positivo opera por la inclusión, observación y vigilancia de los individuos, con el fin de convertir al cuerpo en fuerza útil. Entre saber y poder no hay entonces exterioridad sino inmanencia: si un área del conocimiento sobre el ser humano se volvió un campo a conocer fue porque ciertas relaciones de poder la instituyeron como un objeto posible; y, a su vez, si el poder la tomó fue porque un saber determinado la sitió e inmovilizó (Foucault, 1976/2008). Así, y en el marco de nuestro trabajo, puede pensarse que la observación del desarrollo infantil constituye un “foco local” de saber-poder que entraña formas de sujeción (del niño a la mirada del adulto) y esquemas de conocimiento. A lo largo de esta tesis veremos que el estudio del desarrollo psicológico del niño por parte de autores como Gesell y Bühler implicó el establecimiento de normas y su ordenamiento a lo largo de un eje temporal, a partir de la observación detallada y el registro fotográfico y filmico, lo cual puede ser pensado en el marco de las técnicas implementadas por la psicología para disciplinar las diferencias humanas (Rose, 1990). A través de lo que se presenta como descripciones de determinadas conductas “típicas”, la disciplina produce un cuerpo, sus movimientos y sus conductas

multiplicidad de sucesos olvidados, procurando precisamente mostrar todas esas discontinuidades y rupturas que los relatos historiográficos lineales invisibilizan. La búsqueda de la procedencia (y no del origen) fragmenta lo que se creía unido y muestra la heterogeneidad de lo que se pensaba homogéneo (Foucault, 1971).

“normales”, que podrán ser en cada caso verificadas a través del examen. La psicología ha cumplido así un importante papel en la formación y funcionamiento de esas formas de poder que no se limitan simplemente a reprimir, obstaculizar o destruir las fuerzas sobre las que operan, sino que las producen, las hacen crecer y las ordenan (Foucault, 1975/2008). En la obra de Foucault, la noción de poder asume esta propiedad de ser polivalente: así como bloquea y reprime, incita y produce determinadas formas de ser y de conducirse en el mundo. Esto nos lleva a otro de los puntos de especial interés, vinculado con el rol de los saberes “psi” en la producción de subjetividad, en la regulación de las conductas humanas y, en definitiva, en la normalización de los individuos y las poblaciones.

A lo largo de su obra, Foucault situó a la disciplina en el campo más amplio de lo que denomina “biopoder”. Establece así dos polos en torno de los cuales se desarrolló dicha organización de poder sobre la vida biológica: la anatomopolítica del cuerpo –característica de las disciplinas– que procura administrarlo, y la biopolítica de la población, destinada a regular el cuerpo social ajustando los fenómenos poblacionales a los requerimientos económicos. Estas técnicas de poder fueron indispensables para el desarrollo del capitalismo, puesto que permitieron el crecimiento de las fuerzas y la vida en general sin que por ello se volvieran más difíciles de dominar (Foucault, 1976/2008). Esto introduce el problema del gobierno y el análisis de la gubernamentalidad, es decir, del arte de conducir acciones de otros y de sí mismo.¹³

Una de las cuatro formas en que Foucault tematiza la biopolítica (Castro, 2008) es por medio de su relación con la racionalidad política moderna. En su análisis de las

¹³ Foucault (1977-1978/2006) señala tres acepciones del término gubernamentalidad. En primer lugar, refiere al conjunto de instituciones, procedimientos, análisis, reflexiones, cálculos y tácticas que permiten ejercer el poder sobre la población. En segundo lugar, remite a la tendencia occidental de encaminarse hacia un tipo de poder denominado “gobierno”, en detrimento de los demás (soberanía, disciplina). En tercer lugar, puede ser entendida como el proceso por el cual el Estado se “gubernamentalizó” progresivamente.

sociedades cristianas desde final del mundo antiguo hasta el surgimiento del mundo moderno, el autor identifica una forma de poder pastoral diferente a los procedimientos implementados para someter a los hombres a una ley o a un soberano. La pastoral cristiana dio lugar a un arte de conducir, dirigir, guiar a los hombres, tomarlos a cargo tanto colectiva como individualmente. De acuerdo con Foucault, es en ese arte de gobernar a los hombres en que puede hallarse el germen de la gubernamentalidad que hace su aparición en la política entre los siglos XVI y XVIII, marcando el umbral del Estado moderno (Foucault, 1977-1978/2006). El Estado nació transformando la gubernamentalidad en una práctica política calculada. Integró la técnica de poder pastoral diseminándola más allá de la institución eclesiástica con el fin de asegurar la salvación de los individuos –no en otro mundo sino en éste– a través de múltiples oficiales de poder (familia, médicos, policía, psicólogos, entre otros) (Foucault, 1988).¹⁴

Recuperando este análisis, Nikolas Rose (1990, 1996) ha desarrollado un enfoque histórico crítico que procura iluminar la relación entre psicología, subjetividad y poder. En sus reflexiones en torno al desarrollo de la psicología durante el siglo XX, la sitúa entre los saberes vinculados con la formación y regulación del yo en las sociedades occidentales. La entrada de la población en el pensamiento político –coincidente con el inicio de la organización estatal moderna– vio emerger un saber

¹⁴ En este punto, y en función de que esta tesis toma aportes tanto de Foucault como de las epistemologías feministas, es preciso señalar que los desarrollos de dicho autor en torno al poder han mantenido una relación difícil y muchas veces conflictiva con algunos sectores del pensamiento feminista. En su búsqueda de una teoría del poder que permita pensar cambios en las relaciones de dominación, Hartsock (1992) plantea que, aun cuando la obra de Foucault se sustente en una crítica a los enunciados universalistas de la modernidad, pueden rastrearse en sus trabajos algunas suposiciones universalistas que, en última instancia, anulan cualquier tipo de identidad. Asimismo, Foucault no provee, según Hartsock, una epistemología útil para la tarea de revolución, cambio y construcción. Por último, la autora plantea que la teoría del poder propuesta por Foucault no reconoce que nuestra actividad cotidiana práctica contiene una comprensión del mundo (idea de la cual proviene la *Standpoint Theory*). Otras posturas, sin embargo, han procurado situar los modos en que las ideas foucaultianas pueden resultar útiles al proyecto feminista. Al respecto véanse Caporale Bizzini, S. (1995). Foucault y el feminismo: ¿un encuentro imposible? *Anales de Filología Francesa*, (7), 5–18 y Loncarevic, K. (2009). *Feminist Epistemology and Foucault*. Tesis de Maestría. Graduate Program in Women's and Gender Studies, Rutgers University, Brunswick.

experto sobre la subjetividad capaz de proporcionar el conocimiento necesario para gobernar a los sujetos. Dicho saber se encarnó en “ingenieros del alma humana” que se afirmaron capaces de medir y clasificar la psiquis, predecir sus vicisitudes, diagnosticar las causas de sus problemas y tratarlos. Esto supuso la disciplinarización de la psicología como saber experto y, al mismo tiempo, la apropiación por parte de los sujetos del lenguaje psicológico para entenderse y evaluarse a sí mismos y para interactuar con otros. En virtud de este proceso, el dominio experto sobre la subjetividad se volvió fundamental para el autogobierno y el gobierno de los otros, en un contexto en el cual la consolidación de las democracias liberales puso límites a las intervenciones coercitivas directas por parte del Estado; el gobierno de la subjetividad requirió entonces actuar indirectamente sobre los deseos, las elecciones, los valores y las conductas de los sujetos. Y en este punto, los saberes expertos jugaron un papel clave, dado que no producen efectos por medio de la coerción directa, sino a partir de las ansiedades que movilizan a través de sus normas y la atracción que ejercen las imágenes del yo que ofrecen. A lo largo de esta tesis, y sobre todo a través de la literatura de divulgación sobre crianza, podrá observarse de qué modo los consejos expertos persuadieron a los lectores sobre la manera “correcta” de ser madre, de cuidar al niño y de valorar sus actitudes y conductas. Dichos consejos se formularon sobre la base de argumentos científicos de diversa índole, algunos de los cuales se cimentaron en ciertas “verdades” psicológicas. Todos ellos procuraron establecer una simetría entre los deseos personales y los logros socialmente valorados, posibilitando de ese modo el gobierno de la subjetividad.

En suma, el enfoque propuesto por Rose busca mostrar que la psicología es una disciplina que produce un conocimiento sobre lo psíquico y es además una “tecnología de subjetivación” (Rose, 1996, p. 47), es decir, un conjunto de racionalidades prácticas

que los seres humanos se aplicaron a sí mismos y a otros en pos del dominio, la felicidad y la virtud. El saber psicológico en su vinculación con las tecnologías humanas produce subjetividad, nos hace ser de una determinada manera orientando nuestra conducta en ciertas direcciones específicas. Este enfoque permite reflexionar sobre los usos de la psicología en función de diversos intereses sociales y culturales y en el marco de proyectos políticos y económicos.

Los aportes de Rose resultan fundamentales para nuestro trabajo de reflexión sobre las estrategias de gobierno de la infancia, sector de la población que se convirtió en foco de numerosos proyectos tendientes a protegerla de posibles daños y asegurarle un desarrollo por ciertos carriles considerados normales. No obstante, cabe señalar que la propuesta de Rose ha sido analizada críticamente por el “anglocentrismo” que muestra en la formulación de un modelo de autogobierno que sería válido para todo el mundo occidental (Castro Tejerina, 2014b). Sin cuestionar la pretensión homogeneizadora de los diversos Estados Nación que entre fines del siglo XIX y comienzos del XX iniciaron un proceso de “occidentalización” tomando como referencia el modelo de autogobierno anglosajón, estos trabajos señalan que los respectivos contextos culturales (con sus variantes históricas, religiosas, legislativas y costumbristas) introdujeron diferencias en las propuestas y diseños específicos de gobierno (Castro Tejerina, 2014a).

En el marco de sus reflexiones en torno al biopoder, Foucault nos permite además situar algunas ideas sobre la medicina, de especial interés para esta tesis. El autor no concibe a la medicina moderna como una ciencia “pura” sino como una disciplina integrante de un sistema histórico, un sistema de poder y un sistema económico cuyos requerimientos y problemas le sirvieron de base (Foucault, 1996a). En esa dirección nos interesa recuperar la idea de una “medicalización indefinida” que,

según Foucault (1996b) caracterizó a la medicina del siglo XX, y en virtud de la cual ésta se extendió fuera de su campo tradicional (intervención frente a la demanda del enfermo), para imponerse al individuo sano o enfermo como acto de autoridad. Estas transformaciones se remontan al siglo XVIII y reconducen el surgimiento de la biopolítica al desarrollo de una medicina de tipo social. En conjunto, se trata de un proceso que incluyó: a) la ampliación del objeto del cual se ocupa la medicina, que ya no sería solo la enfermedad sino además la salud y todo aquello que la garantiza (el aire, el agua, los terrenos, la vivienda, etc.); b) la introducción del hospital como aparato de medicalización colectiva; y c) la implementación de los mecanismos de administración médica (registro de datos, establecimiento de parámetros estadísticos). La medicina se dotó entonces de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de las enfermedades y las demandas del enfermo, hecho que posibilitó su “desbloqueo epistemológico” (Foucault, 1996b).

El campo de estudios sobre la biopolítica inaugurado por Foucault ha incluido diversas investigaciones específicas sobre la medicalización de las sociedades (Cannelotto & Luchtenberg, 2010), tópico que se entrama de modo directo con el tema que aquí indagamos. Dicho crecimiento de la jurisdicción médica fue caracterizado como un fenómeno propio de Occidente en la segunda mitad del siglo XX (Clarke, Mamo, Fishman, Shim, & Fosket, 2003). En efecto, fue durante el siglo pasado que, de la mano del derecho a la salud y a la asistencia médica, el cuerpo se volvió objeto de una medicalización sin parangón (Moulin, 2006). Desde el campo de la sociología, Peter Conrad (2007) ha indagado este proceso por el cual problemas no médicos comienzan a ser definidos y tratados como problemas médicos, usualmente en términos de enfermedades o trastornos. Si bien la medicalización recayó en primer lugar sobre conductas desviadas (enfermedades mentales, adicciones, trastornos alimentarios,

problemas de aprendizaje, abuso infantil, entre otras), muchas de las cuales solían ser entendidas en términos de inmoralidad o pecado, lo cierto es que con el tiempo abarcó áreas cada vez más amplias de las conductas humanas. Así, han llegado a medicalizarse ciertos estados vitales comunes, tales como la ansiedad, la menstruación, el control de la natalidad, el nacimiento y la menopausia. En virtud de nuestro recorrido, diversos tópicos podrían agregarse: el cuidado y la educación de los niños, la alimentación, el sueño, el juego, fueron solo algunos de los procesos vinculados con el desarrollo infantil que la medicina –en muchos casos de la mano de los saberes “psi”– tomó para sí. En la consolidación de este proceso de medicalización y progresiva “psicologización” de la crianza, no se debe desdeñar el rol de la población destinataria de los saberes y prácticas médicas, que paulatinamente les otorgó credibilidad y reconocimiento (Armus & Belmartino, 2001). Esto a su vez es inseparable del hecho de que la medicina haya establecido un lazo constitutivo con el Estado, que otorgó la certificación y habilitación formal para desarrollar su práctica. Es conveniente, sin embargo, matizar el carácter totalizador del proceso de medicalización en un Estado como el argentino, cuya burocracia careció de sofisticación. Al respecto, una perspectiva fructífera es la de explorar las líneas de fuga entre los enunciados y las prácticas. En esa dirección, Karina Ramacciotti (2010b) ha explorado ese territorio complejo vinculado con la construcción del Estado y de las políticas públicas, para mostrar que, en no pocas ocasiones, el discurso del control social omnímodo se diluye. Queda reinstalado así, de igual modo que en el caso de la eugenesia, el debate en torno a la tensión entre discursos y prácticas concretas.

3.4.6 Los estudios históricos sobre la salud, la enfermedad y la medicina

Dado que en esta tesis se plantea la relación entre psicología y medicina, necesariamente debe considerarse la historia de esta última. En ese sentido, cabe señalar que en el campo de los estudios históricos sobre la salud, la enfermedad y la medicina, en las últimas décadas nuevos enfoques han renovado la mirada más tradicional, centrada en las grandes figuras y en los avances de la ciencia médica. Los trabajos escritos y compilados por Diego Armus (2005, 2007), las investigaciones de Ricardo González Leandri (2006, 2012) y Susana Belmartino (2005) y la compilación a cargo de Carolina Biernat y Karina Ramacciotti (2014a) son algunos ejemplos de estas nuevas formas de entender el lugar de la salud y la enfermedad en el pasado, a partir de promover un diálogo entre la biomedicina, las humanidades y las ciencias sociales. Tres perspectivas se incluyen dentro de estos abordajes: 1) la nueva historia de la medicina, que busca mostrar no tanto los progresos sino más bien los desarrollos inciertos y procura situar los triunfos y los fracasos médicos en el contexto sociocultural y político en el cual tuvieron lugar; 2) la historia de la salud pública, que, desde una mirada centrada en la salud colectiva, estudia las relaciones entre las instituciones de salud y las estructuras sociales, económicas y políticas; y 3) la historia sociocultural de la enfermedad, centrada en el estudio de los modos como la salud y la enfermedad han aparecido no sólo como problemas, sino además como pretextos para discutir otros temas. Este enfoque se centra entonces en las metáforas asociadas a cierta enfermedad, en los procesos de profesionalización y medicalización y en los mecanismos e instituciones de control médico y social.

Lo interesante de estos tres abordajes es que en ellos la medicina se configura como un “terreno incierto” (Armus, 2005), en el cual el aspecto biomédico se entrecruza

con la dimensión subjetiva de los actores y se vincula con fenómenos sociales, culturales, políticos y económicos. Los aportes de la historia de la salud y la enfermedad proponen en suma complejizar el relato articulando múltiples fuentes y diferentes registros (Biernat & Ramacciotti, 2014b), lo cual abre la posibilidad de enriquecer una historia disciplinar como la aquí propuesta.

Es valioso asimismo el aporte de una serie de estudios (Bohoslavsky & Soprano, 2010; Plotkin & Zimmermann, 2012) acerca de las relaciones entre la producción de conocimiento en el ámbito académico y las demandas del Estado. Estos trabajos exploran la constitución de “saberes de Estado”, vale decir, saberes expertos que forman parte del Estado moderno, al tiempo que son demandados por él. Entre otras cosas, estas investigaciones permiten reflexionar en torno al modo como la apropiación de determinados saberes por parte de ciertos campos disciplinares legitima el diagnóstico de problemas sociales y sustenta las acciones emprendidas por el Estado para darles solución. En relación con el objeto de esta investigación, este enfoque ofrece una perspectiva interesante para analizar, por ejemplo, el recurso de los médicos a teorías psicológicas sobre el desarrollo infantil en el marco del vínculo madre-hijo, para impulsar políticas estatales de promoción de la lactancia materna y de la crianza del niño en el núcleo familiar.

4 Estructura de la tesis

Esta investigación está dividida en cinco capítulos organizados de modo temático, en función de tópicos, interrogantes y problemas prácticos que promovieron cierto diálogo entre la medicina infantil y los saberes “psi”.¹⁵ El primer capítulo presenta un panorama

¹⁵ En lo que respecta al estilo de citación empleado, este trabajo sigue las normas establecidas por la American Psychological Association (APA) en su 6ª edición, con el agregado del recurso de las notas al

general acerca de las relaciones entre medicina infantil y psicología. Realiza un breve recorrido por el tramo fundacional de la pediatría, destacando que el perfil higiénico y social que la caracterizó fue un suelo propicio para el diálogo con los saberes “psi”. El capítulo se centra luego en la década de 1930 para mostrar el desarrollo de una serie de planteos que pusieron de manifiesto la importancia de que la medicina incorporase una mirada más comprehensiva, que abordara a su objeto desde una perspectiva holista. Estos planteos establecieron una serie de exigencias que, hacia mediados de siglo y en plena “psicologización” de las sociedades occidentales, fueron recogidas por la medicina psicosomática. El capítulo prosigue con la recepción de dicha orientación como un punto de giro que permitió a la pediatría proyectar nuevos horizontes para su práctica. Al respecto, se explora el recorrido de dos importantes figuras de la pediatría local: Florencio Escardó y Juan Pedro Garrahan. En la década de 1950 ambos autores dieron forma a un proyecto de pediatría que proponía un abordaje integral del niño como parte de una familia responsable de su futura integración social y de la calidad y el equilibrio de sus vínculos interhumanos. En ambos casos se explora de qué modo los autores incorporaron aportes de la psicología sin que por ello la pediatría perdiera su especificidad y sin que la autoridad médica se viese socavada, en tiempos en los que la psicología comenzaba a perfilarse como una profesión autónoma y el psicoanálisis cobraba cada vez mayor visibilidad en la sociedad argentina.

El segundo capítulo desarrolla algunas ideas acerca del concepto de desarrollo físico y psicológico y su relación con la medicina infantil. Retoma ciertos debates histórico-epistemológicos en torno a la noción de “normalidad” cuyos lineamientos

pie, no contemplado en dichas normas pero sumamente necesario para trabajos de corte histórico como éste. Una fundamentación detallada acerca de las ventajas y límites del estilo APA y una justificación de su combinación con el estilo Chicago en los trabajos de historia “psi” puede hallarse en Klappenbach, H. (1999). *La psicología en Argentina: 1940-1958. Tensiones entre una psicología de corte filosófico y una psicología aplicada*. Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

principales permitirán analizar las intervenciones médicas. Una de las ideas que interesa destacar concierne a la normalidad en tanto noción ideológica, que, a partir del siglo XIX, designó lo usual, lo típico, pero también lo deseable. Otro punto de interés es la tensión naturaleza-cultura en el desarrollo psicológico y sus repercusiones en el discurso médico a lo largo del período estudiado. El capítulo aborda asimismo algunas cuestiones relativas al control del desarrollo infantil y su comparación con estadísticas, tarea que, a lo largo del período analizado en esta tesis, se consideró fundamental para preservar la salud de los niños en tanto futuros hombres y mujeres argentinas. Se analizan aspectos relevantes de los estudios del desarrollo físico en la primera infancia, dado que las experiencias en torno a la evaluación del desarrollo psicológico (analizadas en el tercer capítulo) se sumaron al despliegue de la antropometría en un contexto particular, marcado por la articulación de los aportes de herramientas técnicas como las estadísticas con la ampliación de áreas de intervención estatal y la implementación de políticas sociales. Se analiza luego el postulado del paralelismo somato-psíquico que sirvió de base a la concepción médica del desarrollo durante el período estudiado. Por último, se exploran las investigaciones de Aquiles Gareiso y Florencio Escardó en torno a la denominada “preocupación neurológica en pediatría”, concepto que buscaba integrar la neurología a la pediatría a través de un examen semiológico que permitiera detectar “retrasos”¹⁶ madurativos. Esto posibilitará la aproximación a una de las vías por las cuales la medicina infantil hizo foco en la evaluación del desarrollo neuropsíquico. A su vez, se procurará dar cuenta del sitio otorgado al saber y las técnicas psicológicas en el marco de la empresa propuesta por los autores.

El tercer capítulo profundiza el estudio de las relaciones entre la psicología y la medicina infantil a partir del análisis de la evaluación del desarrollo psicológico en los

¹⁶ Debido a que el término “retraso” es empleado en las fuentes para referirse a aquellos aspectos del desarrollo que se apartaban de lo considerado “normal”, en esta tesis se lo empleará entrecomillado.

primeros años de vida. Explora en primer lugar una serie de experiencias llevadas a cabo en instituciones de protección materno-infantil de la Capital, a saber: las primeras evaluaciones del desarrollo psicológico en Dispensarios de Lactantes de Buenos Aires por medio de los tests confeccionados por Charlotte Bühler en Viena, y los estudios que Telma Reca realizó como parte de sus tareas en la Dirección de Maternidad e Infancia del Departamento Nacional de Higiene. Atendiendo a la relación que guardan las instituciones con el contexto sociopolítico en el que surgen y se desarrollan, el análisis del ámbito institucional en el cual se utilizaron las herramientas de evaluación psicológica permite elucidar el entramado de intereses y de propósitos en el que cabe situar este uso de la psicología por parte de los médicos. En lo que respecta a la vinculación entre pediatría y psicología en el marco de las políticas de asistencia materno-infantil, el capítulo explora la divergencia existente entre el campo de problemas del que se ocupó la medicina y la producción y circulación de conocimiento psicológico en los ámbitos educativo y académico (en este último, al menos hasta la creación de las carreras de psicología). En segundo lugar, el capítulo indaga los usos de la escala del desarrollo elaborada por Arnold Gesell en la Universidad de Yale. Si bien dicho instrumento se publicó en la Argentina a mediados de la década de 1940, es recién en la década siguiente que algunos pediatras comenzaron a utilizarla en estudios que tenían como denominador común la intención de determinar la incidencia de ciertos factores ambientales en el curso del desarrollo. Estos usos de la escala de Arnold Gesell se conjugaron con la difusión creciente de investigaciones acerca de las consecuencias psíquicas de la privación afectiva en los primeros años de vida y con el ascenso de una concepción biopsicosocial del niño, que prestaba particular atención a la dinámica vincular en la que tenía lugar el desarrollo infantil.

El cuarto capítulo realiza un recorrido por el campo de la puericultura y los consejos de crianza, a fin de analizar los vínculos entre dicha especialidad y los saberes psicológicos sobre el desarrollo. La percepción de la primera infancia como un período decisivo para la salud mental y la integración social del sujeto se mantuvo constante a lo largo de las décadas analizadas, y sus fundamentos se hallaron en teorías psicológicas de diverso cuño como el conductismo y el psicoanálisis. En este marco, el saber médico se nutrió de dichas nociones con el fin de comprender y transmitir un conocimiento “científico” sobre la educación del niño. En el contexto local, esa relación de la medicina con la psicología fue previa a la consolidación de un estilo de crianza “psicologizada” que cristalizaría en la década de 1960. El capítulo analiza un corpus de fuentes primarias conformado por libros, artículos de revistas científicas y de divulgación, actas de congresos y conferencias radiales publicados durante el período analizado en esta tesis, con el fin de situar los rasgos más salientes de los usos de la psicología y del psicoanálisis por parte de la puericultura. El capítulo explora además las relaciones que la puericultura y la psicología establecieron con ciertos aspectos del orden social. En efecto, el discurso de los expertos vehiculizó ideas con carga valorativa sobre aquello que podía ser considerado normal y deseable para la adaptación social del sujeto, en articulación con temas más amplios tales como el problema del número y calidad de la población o la proyección de un orden social democrático.

El quinto y último capítulo explora el abordaje médico del desarrollo psicológico en la primera infancia a través de un tópico de especial relevancia para la supervivencia del niño: la nutrición. Se examina la relación entre nutrición y desarrollo psicológico a partir del análisis de tres problemáticas. En primer lugar, el capítulo explora el caso de la inapetencia de origen psíquico, trastorno que, al no ser explicable por causas orgánicas, suscitó cierto enigma entre los médicos de niños. Se trata de un tópico de

especial interés para este trabajo, dado que fue uno de los promotores del acercamiento de los pediatras a los saberes psicológicos. Podrá observarse que al comienzo del período estudiado coexistían una explicación de tinte biologicista que ponía el foco en la incidencia de una herencia defectuosa, y una explicación psicológica que abrevaba en la teoría del condicionamiento reflejo. En la década de 1950 se observan modificaciones en la forma de interpretar el problema, poniendo de manifiesto cierto desplazamiento desde un punto de vista centrado en la necesidad de moldear la conducta alimentaria del niño en base a la educación, hacia una perspectiva que enfatizaba la importancia de considerar el trastorno a la luz del desarrollo emocional del niño y de las relaciones afectivas al interior de la familia. En segundo lugar, se aborda el problema de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo del lactante (“distrofias”). Se procura situar, por un lado, los cambios producidos a lo largo del tiempo en la concepción de estos trastornos y, por otro lado, el papel otorgado a los factores psíquicos en su etiología. Al respecto, debe señalarse que el componente psíquico en los cuadros de distrofia del desarrollo ocupa un lugar destacado en los artículos que estudian los efectos de la institucionalización en lactantes. El capítulo se detiene por último precisamente en el problema del llamado “hospitalismo”. La dinámica de funcionamiento de los nosocomios y Casas Cuna, caracterizada por el aislamiento, la relativa inmovilidad y la falta de cuidados personalizados, parecía ser en gran medida responsable del cuadro y ponía de manifiesto el efecto distrofiante de la institución. Se revisan los cambios en la concepción de hospitalismo a lo largo del período estudiado y el rol del componente psíquico en su causación. Se indaga a su vez el alcance de dichos cambios a través de su proyección al terreno más amplio de la maternidad y la crianza, analizando la recepción de las ideas del psiquiatra y psicoanalista inglés John Bowlby en torno a la salud mental

en la primera infancia, plasmadas en un informe que le fuera solicitado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a comienzos de la década de 1950.

Capítulo 1

La pediatría y los saberes “psi”: entre la higiene y la medicina psicosomática

Este capítulo presenta un panorama general acerca de las relaciones entre medicina infantil y psicología en el Río de la Plata. Realiza un breve recorrido por el tramo fundacional de la pediatría, destacando que el perfil higiénico y social que la caracterizó fue un suelo propicio para el diálogo con los saberes “psi”. El capítulo se centra luego en la década de 1930 para mostrar el desarrollo de una serie de planteos que pusieron de manifiesto la importancia de que la medicina incorporase una mirada más comprehensiva, inspirada en el humanismo médico, que abordara a su objeto desde una perspectiva holista. Estas reflexiones tenían lugar en momentos en los cuales la comunidad médica debatía acerca de las consecuencias de la hiperespecialización y del surgimiento de técnicas diagnósticas, hechos que suscitaron una suerte de enfrentamiento entre “la clínica” y “el laboratorio”. En este escenario, los avances tecnológicos parecían alejar a la medicina de su pasado humanístico, holístico e individual para desintegrarla en subespecialidades que sólo se ocupaban de partes del cuerpo. Estos debates plantearon una serie de exigencias que, hacia mediados de siglo y en plena “psicologización” de las sociedades occidentales, fueron recogidas por la medicina psicosomática. El capítulo prosigue con la recepción de dicha orientación como un punto de giro que permitió a la pediatría proyectar nuevos horizontes para su práctica, apropiándose a su vez de un bagaje de conocimientos psicológicos. Al respecto, se explora el recorrido de dos importantes figuras de la pediatría local: Florencio Escardó y Juan Pedro Garrahan.¹⁷ El primero ha sido objeto de diversas

¹⁷ Dado que esta tesis está abocada al estudio del desarrollo normal durante la primera infancia, se dejará de lado el trabajo de otros pediatras cuya ligazón con los saberes “psi” es indiscutible. Tal es el caso de Arnaldo Rascovsky (1907-1995), figura clave en el proceso de institucionalización del psicoanálisis a nivel local. Su labor en el Hospital de Niños de Buenos Aires participó de las condiciones de posibilidad

investigaciones centradas en la medicina, los saberes “psi” y la educación en la Argentina. Así, su labor fue abordada en el marco de trabajos que indagaron los cambios acontecidos en la pediatría, la infancia y la maternidad a mediados del siglo pasado (Rustoyburu, 2011), la construcción del niño como objeto de intervención psicológica (Borinsky, 2009), la implantación de la terapia familiar (Macchioli, 2010), el surgimiento y desarrollo de las pedagogías maternas (Darré, 2013), la consolidación de un paradigma psicológico de crianza en los años sesenta (Cosse, 2010b), la labor llevada a cabo en la Sala 17 del Hospital de Niños (Wasertreguer & Raizman, 2009) y el rol que desempeñó en el intento de democratizar la enseñanza y el acceso de la comunidad a los servicios de salud durante los años cincuenta y sesenta (Diamant, 2006). La figura de Garrahan, por el contrario, no parece haber suscitado interés entre los historiadores, más allá de algunas menciones esporádicas. Esto puede deberse, en primer lugar, a su escaso protagonismo en la escena pública, hecho que contrasta radicalmente con el caso de Escardó. Pero, a su vez, y en lo que hace específicamente a la relación con los saberes psicológicos, muchas de las investigaciones en torno a la figura de Escardó suelen ubicar a Garrahan como un exponente de la medicina organicista y, por ende, alejado de los enfoques psicológicos. Esta apreciación no hace más que reproducir la imagen que el propio Escardó se encargó de difundir y que, en este y en otros capítulos, intentaremos matizar. En efecto, veremos que, si bien puede ubicarse cierta diferencia de grado en el volumen de publicaciones (Escardó se destacó

para el surgimiento del movimiento psicoanalítico en la Argentina (Borinsky, 2009). Pero, debido a que su interés se centró en el estudio de ciertas patologías endocrinas en niños de segunda infancia (el síndrome adiposo-genital en varones y la virilización en niñas), sus desarrollos no serán objeto de indagación en esta tesis. Al respecto véanse, entre otros: Rascovsky, A., & Salzman, J. (1940). Estudio de los factores ambientales en el síndrome adiposo-genital en el varón. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *XI*(6), 523–538; Petre, A., & Rascovsky, A. (1940). La consulta psico-neuro-endocrinológica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *XI*(3), 281–285; Gareiso, A., Rascovsky, A., & Salzman, J. (1940). Acromegalo-gigantismo, esquizonoia y pseudo-oligofrenia en una niña de doce años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *XI*(3), 236–246; Rascovsky, A., Pichon-Rivière, E., & Salzman, J. (1940). Elementos constitutivos del síndrome adiposo genital prepuberal en el varón. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *XI*(4), 392–398; Rascovsky, A., & Rosquellas, A. (1941). Estudio del desarrollo psicomotriz según el test de Ozeretsky en el síndrome adiposogenital. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *XII*(3), 292.

por su copiosa producción) y en el modo como los autores dialogaron con los saberes “psi”, la referencia a la medicina psicosomática, la psicología, la psiquiatría infantil y el psicoanálisis permitió a ambos enfocarse en la relación del niño con su entorno familiar para explicar ciertos desórdenes como las perturbaciones del carácter, los trastornos de conducta y toda una serie de síntomas somáticos que no se explicaban por enfermedades definidas. Como señalamos, en este capítulo se analizará específicamente la apropiación de la corriente psicosomática, que permitía ocuparse de problemas de raíz afectiva a través de un discurso que otorgaba legitimidad por estar respaldado en la disciplina médica. A su vez, ciertas características atribuidas al desarrollo en la primera infancia transformaron al niño en un objeto de estudio propicio desde el punto de vista psicosomático.

Escardó y Garrahan comparten ciertos presupuestos de base que, en lo esencial, no difieren de aquel enfoque higiénico y social que caracterizó a la medicina local desde los comienzos de su institucionalización, a fines del siglo XIX. En ese sentido, y si bien serán subrayadas las rupturas y las discontinuidades planteadas por el cambio de paradigma que se produce luego de la Segunda Guerra Mundial, se restituirán asimismo las continuidades. Así, y frente a la tentación de plantear una renovación total de la pediatría por la psicología, interesa destacar que la apropiación de los saberes “psi” se dio en continuidad con una serie de preceptos higiénicos y médico-sociales que formaron parte de los rasgos distintivos de la pediatría como especialidad médica.

1.1. El surgimiento de la pediatría y su relación con la Higiene y la Medicina Social

1.1.1. Infancia y cuestión social en la profesionalización de la pediatría

El 10 de septiembre de 1952, en el aula del Instituto de Pediatría y Puericultura de la cátedra de Pediatría de la UBA, Juan P. Garrahan pronunció un discurso a propósito de su primera década en el cargo de Profesor Titular. Al referirse a “la trascendencia de la pediatría”, el autor afirmaba que

el dominio integral de la pediatría exige el conocimiento de anatomías, fisiologías, psicologías y patologías especiales y diversas, que se imbrican, por así decirlo, sucesivamente en el renovado dinamismo de la niñez (...) tales conocimientos son indispensables para desempeñarse en clínica pediátrica, difícil y compleja clínica en el aspecto asistencial, que reclama paciencia, abnegación, afinada sensibilidad, que obliga más que la clínica de adultos a que el médico mantenga ojo avizor en el ambiente que rodea al niño, a que piense siempre en el porvenir de su pequeño enfermo, y a que sepa percibir con conciencia su responsabilidad social. Porque el pediatra debe desarrollar también tarea de puericultor: ha de educar a los padres en lo relativo al cuidado del niño, y dará consejos para su crianza, y orientaciones para que se les brinde a sus pequeños clientes una inteligente vida higiénica, en lo físico y en lo psíquico. Y por fin, el pediatra y puericultor es el asesor obligado para las obras de protección de la niñez, para establecer las legislaciones respectivas, y en general, para toda la acción colectiva destinada a mantener y mejorar la salud de los niños (J. P. Garrahan, 1952, p. 18).

La cita pone de manifiesto dos elementos distintivos de la pediatría local: la intervención médica prospectiva, de carácter higiénico, dirigida fundamentalmente al entorno del pequeño, y el rol del médico de niños en la función pública. Estos rasgos

pueden ser reconducidos a cierta matriz propia de la medicina occidental, que entre los siglos XVIII y XIX se consolidó como una disciplina “estatalizada” y socializada, centrada en el mejoramiento de la salud de la población (Foucault, 1996a).¹⁸ El caso de la pediatría no fue una excepción, puesto que su institucionalización se dio en el marco de un proyecto higiénico, eugenésico y médico-social, basado en la idea de que el hombre sano que produce es el mejor capital con que cuenta una Nación. En un contexto en el que el número y calidad de la población era considerado “el problema de los problemas” (Aráoz Alfaro, 1942a, p. 6), los niños cobraban importancia como promesa de futuro para un proyecto que encontraba en el trabajo y en el progreso económico una fuente de salud individual y colectiva (Vezzetti, 1985).

Del mismo modo que en Francia, en el Río de la Plata el desarrollo de la medicina social estuvo ligado al fenómeno de industrialización y urbanización que acompañó la consolidación del Estado. Dicha rama médica visibilizó la participación que las relaciones humanas tenían en la salud y en la enfermedad. En el caso argentino, la preocupación de las clases dirigentes frente a la ciudad ya las alteraciones en las costumbres y la salud que podía provocar el hacinamiento de la población, se desplegaron en un escenario marcado por la inmigración aluvial.¹⁹ A fines del siglo

¹⁸ A la medicina urbana desarrollada en Francia hay que añadir una medicina laboral, que surgió en Inglaterra con el fin de supervisar la salud de los pobres y ayudarlos a satisfacer sus necesidades básicas. Lo distintivo de esta medicina social inglesa fue el control de la salud y el cuerpo de las clases necesitadas con el fin de volverlas más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas. Este modelo fue particularmente exitoso por su capacidad de vincular la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la preocupación por los problemas de salud pública (Foucault, 1996a).

¹⁹ Si bien la inmigración europea se inició en la década de 1830, fue a partir de 1880 que experimentó un flujo cada vez más creciente a partir de la sanción de la Ley 817 de Inmigración y Colonización en 1876. En 1914, la proporción de inmigrantes –italianos en su mayoría– representaba el 27% del conjunto de la población argentina, que en ese momento contaba con casi ocho millones de habitantes. Luego de la Primera Guerra Mundial se produjo un retroceso en las políticas de fomento de la inmigración, con los correspondientes intentos de legislar medidas de restricción y selección. En esos años, sin embargo, el ritmo inmigratorio se mantuvo, aunque no al nivel de las décadas anteriores. En 1930, con la crisis económica y las restricciones impulsadas por el gobierno se produjo una abrupta caída del ingreso de inmigrantes. De igual modo, durante la Segunda Guerra Mundial la inmigración sufrió una nueva baja, recuperándose en los años posteriores al conflicto bélico. En la década del cincuenta los ingresos volvieron a disminuir de manera drástica y se incrementó significativamente el porcentaje de retorno de

XIX, el ingreso masivo de inmigrantes a un país en plena transformación dio lugar a una serie de fenómenos que han sido reunidos bajo la denominación de “cuestión social”: problemas de vivienda, higiene y salud pública, aumento de la criminalidad urbana, organización y protesta obrera y desarrollo de corrientes ideológicas que cuestionaron el orden socioeconómico vigente (Suriano, 2004).²⁰ En torno a dicho constructo se produjeron debates y confrontaciones que dieron forma a la relación entre los distintos actores sociales. Y es precisamente en ese escenario en el que la medicina amplió su jurisdicción para ligarse al Estado y asumirse como una tarea nacional (Vezzetti, 1985). En efecto, los médicos –que a mediados del siglo XIX carecían de una identidad clara y homogénea– definieron la especificidad de su profesión a la luz de las relaciones con el Estado en el marco de la necesidad de atender a la cuestión social. Debe señalarse al respecto que, en los albores del siglo XX, la clase política e intelectual (conformada en su mayoría por abogados y médicos) guió las acciones estatales en base a un espíritu reformista liberal que se situó a medio camino entre el *laissez-faire* característico del liberalismo y el socialismo de Estado.²¹ Esto implicó, entre otras cosas, orientar el desarrollo de las disciplinas hacia el estudio de problemas prácticos con el fin de atender a las necesidades sociales (Zimmermann, 1995). La consolidación del Estado fue entonces posible por el aporte de intelectuales y profesionales que colonizaron sus estamentos superiores e introdujeron ideas y prácticas

los inmigrantes al país de origen. Se cerraba así una larga etapa de la historia argentina marcada por la afluencia migratoria (Bjerg, 2009; Devoto, 2003).

²⁰ Algunos trabajos han situado el problema de la cuestión social en el período comprendido entre el último decenio del siglo XIX y la Primera Guerra Mundial (Zimmermann, 1995), mientras que investigaciones más recientes (González Leandri, 2013) plantean la emergencia de una “cuestión social temprana”, entre 1850 y 1890, frente a la cual intervinieron sectores de la sociedad civil y autoridades públicas (diferenciándose de la beneficencia y la caridad) y que comparte con la “moderna cuestión social” el descubrimiento de la salud como problema social. Otros trabajos que abordaron esta temática proponen extender el período hasta fines de los años cuarenta, añadiendo además otros temas, tales como los debates en torno a la mujer en tanto madre y/o trabajadora y la cuestión indígena (Suriano, 2004).

²¹ El espíritu reformista, bajo el cual se incluyeron diversas filiaciones ideológicas (liberalismo, socialismo, catolicismo social), se caracterizó según Zimmermann (1995) por estar basado en el legalismo (es decir, la búsqueda de soluciones a través de la política parlamentaria), en el cientificismo y en un enfoque internacionalista que buscaba adaptar a las condiciones locales los precedentes extranjeros.

que circulaban a nivel internacional, sobre todo aquellas provenientes de Francia (González Leandri, 2006, 2013). Los saberes específicos de la medicina se convirtieron así en “saberes de Estado”, demandados por éste a causa de la utilidad técnica y política que se les atribuía (y que los propios médicos reivindicaban) (González Leandri, 2012).

La higiene tiene un lugar destacado en el análisis de la conformación del campo pediátrico, tanto a nivel local como internacional.²² Surgida al calor de las preocupaciones por la mortalidad y morbilidad producidas por las grandes epidemias y, más tarde, por los llamados “males sociales” (la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo), la higiene fue la doctrina que permitió abordar la cuestión social en sus diversas manifestaciones y ocuparse del niño en el marco de su proyecto de salud biológica y social. De acuerdo con Vezzetti (1985), la salud resultó ser una categoría organizadora del discurso médico local que emergió con fuerza a fines del siglo XIX, y se presentó como una virtualidad a futuro que coincidiría con un programa moral. La expansión del higienismo con el respaldo estatal coincidió así con la construcción de una “utopía médica” (p. 30) que entrañaba la desaparición de la enfermedad y de las demás figuras del mal encarnadas en la inmoralidad y el vicio, encaminándose hacia una posible perfección ilimitada del ser humano. Ese horizonte utópico se trazaba a partir de las figuras negativas del ideal de salud, moral, valores familiares, orden y acatamiento a la ley que se pretendía instalar. En otras palabras, partía de la “cuestión social”. Así, en el caso de la infancia, los significados sociales en torno a la niñez en los espacios urbanos de comienzos del siglo XX –construidos con la participación de discursos expertos– delimitaron dos circuitos: el del niño “normal” que transitaba entre la familia y la

²² Como ciencia autónoma la higiene fue consagrada en Francia con la creación de las primeras cátedras, a fines del siglo XVIII. Hacia mediados del siglo XIX, tanto en dicho país como en Inglaterra, se crearon comités encargados de la higiene pública, se adoptaron numerosas medidas en materia de alcantarillado, control de viviendas y mercados y se elaboraron estadísticas para registrar las causas de muerte según las profesiones. En 1851 se realizó en Bruselas el Primer Congreso Internacional de Higiene y se reunió en París la primera Conferencia Sanitaria Internacional. Con el nuevo siglo se fundó la Oficina Internacional de Higiene Pública en París en 1908, mientras que en 1920 se creó la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones (Agrelo, 1958).

escuela y el del niño que circulaba en la calle, concebida como un espacio de enfermedad, mendicidad, vagancia y delincuencia (Ríos & Talak, 1999).

En la Argentina, entre 1870 y 1940, la higiene personal y colectiva se consolidó como un conjunto de prácticas de tinte civilizatorio y socializador, obligatorio para todo aquel que pretendiera ser integrado a la sociedad y obtener el correspondiente respeto y reconocimiento. En el marco de este “catecismo higiénico” (Armus, 2007), las transformaciones y los logros alcanzados en materia de higiene aparecieron ante los ojos de las elites políticas e intelectuales como “una marca de civilización y cultura” (Zimmermann, 1995, p. 101). Y en torno a la figura del médico cristalizó una identidad que se mantendría incólume a lo largo del período aquí indagado: aquella que reunía el conocimiento sobre el cuerpo y la enfermedad con cierta vocación por ejercer una pedagogía social de las costumbres. Como veremos en otro capítulo, buena parte de la puericultura y los consejos de crianza encontraron su legitimación en esa autoridad médica cimentada en la ciencia y en ciertas valoraciones (morales, sociales, de género, etc.) propias de la idiosincrasia médica.

Uno de los rasgos salientes de la higiene fue su vocación por ocuparse de los problemas sociales y políticos desde una perspectiva científica, lo cual contribuyó al surgimiento de una autoridad sanitaria a fines del siglo XIX (Alvarez, 1999). Muchos de los higienistas que se desempeñaban en ámbitos académicos eran a su vez funcionarios que abogaron por la ampliación de las facultades del Estado en materia de higiene y salud pública. Esto tuvo como consecuencia la considerable expansión de la actividad estatal en dichos ámbitos durante la segunda mitad del siglo XIX, lo cual implicó la regulación de conductas individuales y la centralización administrativa de las políticas sanitarias.²³ Esta activa relación médico-estatal ha sido situada en el marco de un

²³ En Buenos Aires, los primeros logros de la intervención estatal en salud se acompañaron del estatus académico creciente de la higiene e incluyeron el mejoramiento en la oferta de viviendas salubres y la

proceso más amplio de carácter bidireccional, en virtud del cual el Estado se consolidó en base al aporte de los profesionales, al tiempo que los médicos adquirieron una autonomía tributaria de dicho afianzamiento estatal. En otras palabras, más allá del Estado –pero gracias a él– los galenos conformaron incipientes redes y campos de saberes y prácticas profesionales específicas que pugnaron por el acceso a recursos materiales y simbólicos, obteniendo así legitimidad y monopolio en la atención a la salud (González Leandri, 2006).

1.1.2. La pediatría como especialidad médica

La construcción de una especialidad profesional implica, por un lado, establecer un principio de clasificación epistemológico, a partir del cual se delimitan nuevos objetos de estudio y enfoques y, por otro lado, la institucionalización de un grupo profesional. En el caso de la pediatría, Colángelo (2012) ha señalado que su principio de clasificación se basó en la delimitación de etapas del ciclo vital y en la selección de la primera de ellas como un momento específico, en el cual el sujeto (niño) es diferente a un adulto en miniatura. Así, se afirmaba que existía una multiplicidad de caracteres

creación de un sistema de asistencia gratuita para los más necesitados. En 1852 se creó el Consejo Nacional de Higiene Pública (denominado luego Departamento Nacional de Higiene y más tarde, en 1946, Secretaría de Salud Pública de la Nación), en 1883 la Asistencia Pública de Buenos Aires y en 1892 el Patronato de la Infancia. Estos organismos desempeñaron un papel cada vez más importante en la inspección y el control de temas de salud pública, sobre todo luego de las epidemias de cólera entre 1866 y 1868 y de fiebre amarilla en 1871 (González Leandri, 2012). A su vez, las nuevas instituciones asistenciales complementaron los servicios brindados por la Sociedad de Beneficencia, las asociaciones de inmigrantes y las instituciones privadas y religiosas de caridad. Al momento de la creación de la Asistencia Pública el municipio contaba con cinco instituciones: el Hospital General de Hombres, el Hospital Buenos Aires (actualmente Hospital de Clínicas), el Hospital San Roque (actualmente Hospital Ramos Mejía), el Hospicio de las Mercedes (actualmente Hospital Borda) y la Casa de Aislamiento (actualmente Hospital Muñiz) (Alvarez, 1999). En 1914, el número de instituciones municipales se había duplicado: Buenos Aires contaba con un total de cincuenta y seis hospitales, sanatorios y asilos, de los cuales once eran hospitales municipales (Armus & Belmartino, 2001). El correlato de estos cambios en el ámbito académico se observa a partir de 1873 con la creación de la cátedra de Higiene Pública a cargo de Guillermo Rawson. Si bien ya desde 1835 los contenidos de dicha asignatura se dictaban en la universidad (Agrelo, 1958), su formalización en un curso específico y autónomo le otorgó una mayor relevancia. Asimismo, por esos años Eduardo Wilde dictaba un curso de higiene en el Colegio Nacional de Buenos Aires (Zimmermann, 1995).

somáticos y funcionales que convertían al niño en un ser distinto, que únicamente con el progreso del crecimiento evolucionaría hasta transformarse en un individuo adulto (Escardó, 1946). Puede afirmarse entonces que entre pediatría e infancia existió una relación mutuamente constitutiva en virtud de la cual se estructuró una práctica profesional (la pediatría) y una categoría social (la infancia). En este marco, la medicina infantil constituyó su objeto de conocimiento y elaboró prácticas de intervención mientras que, en simultáneo, se conformó como un grupo profesional especializado (Colángelo, 2012). Desde luego, esto supuso la existencia de cambios sociales más amplios en la relación entre adultos y niños; cambios que condujeron a reconocer a la infancia como una categoría social específica.²⁴ Si bien en Europa ya desde el siglo XVIII existían obras médicas, pedagógicas y filosóficas centradas en el niño y surgieron pediatras de renombre,²⁵ es con la preocupación por la gestión de la población que se produjo la entrada de los niños en el campo de las políticas públicas y de los saberes expertos. Y en este punto no es posible desdeñar el rol que cumplieron las diversas iniciativas médicas para combatir la mortalidad infantil (campañas sanitarias, creación de instituciones de protección materno-infantil, entre otras) en la profesionalización de la pediatría (Medina Doménech & Rodríguez Ocaña, 1994). En América Latina, el

²⁴ El creciente interés por la infancia en los albores del siglo XX y la conformación de un sector específico sobre el cual teorizar e intervenir puede apreciarse a través de una serie de reuniones científicas que tuvieron gran incidencia en el lineamiento de políticas públicas y en la creación de instituciones de protección infantil. En Europa, estos eventos comenzaron a realizarse en los primeros años del siglo pasado. En América, el primer antecedente se halla en el Congreso Nacional del Niño, llevado a cabo en Washington en 1909. Unos años más tarde, en 1913, la Argentina sería sede del Primer Congreso Nacional del Niño y, desde 1916, por iniciativa de grupos feministas, se realizaron los Congresos Panamericanos del Niño, el primero de los cuales tuvo lugar en Buenos Aires. Los temas prioritarios de los primeros encuentros estaban relacionados fundamentalmente con la salud y la higiene y contaron con la participación de médicos, abogados, educadores y asistentes sociales. Estos eventos fueron la expresión de un espíritu panamericanista vinculado con el movimiento por los derechos de la infancia y con los esfuerzos por promover políticas de bienestar en América Latina (Guy, 1998). En el tercero de ellos se creó la Oficina Internacional Panamericana del Niño, con sede en Montevideo. En julio de 1927 dicha oficina pasó a denominarse Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, y continúa funcionando hasta el presente con el nombre de Instituto Interamericano del Niño (Dirección, 1927; Iglesias, Villagra, & Barrios, 1998). Los desarrollos del Uruguay en materia de política sanitaria materno-infantil se convirtieron así en modelos para el resto de la región e incluso del mundo (Birn, 2002).

²⁵ Entre otros, pueden mencionarse el alemán Friedrich Hoffmann (1660-1742), el sueco Nils Rosén Von Rosenstein (1706-1773) y los ingleses William Cadogan (1711-1797) y Robert Whitt (1714-1766).

ingreso de los niños en la agenda pública se produjo hacia mediados del siglo XIX con una marcada participación de organizaciones religiosas e instituciones de beneficencia, la mayoría lideradas por mujeres de clase media-alta, tanto católicas conservadoras como liberales (Birn, 2007). Si bien entre fines del siglo XVIII y la primera mitad del XIX en Buenos Aires creció la preocupación por la primera infancia, ésta no revestía aún el carácter de problema de Estado que tomaría luego (Cowen, 2000, 2004).

En lo que respecta a la institucionalización de la pediatría, ésta se dio en diferentes ámbitos: la academia, la edición de revistas y la organización de eventos científicos y sociedades profesionales especializados en la materia. Repasemos muy rápidamente algunos de los acontecimientos más relevantes al respecto, tomando las ciudades que delimitan la región de la cual nos ocupamos en este trabajo (Buenos Aires, La Plata y Montevideo).

En cuanto al ámbito académico, la institucionalización de la medicina infantil implicó la creación de las primeras cátedras de pediatría y los servicios hospitalarios asociados a dichas cátedras. En Buenos Aires, el proyecto de creación de una cátedra de Pediatría se propuso en 1876 para concretarse en la década siguiente (Chaminaud, 1951b). La materia se dictaba desde 1826 en la cátedra de Partos, Enfermedades de Niños y Medicina Legal, a cargo de Francisco Cosme Argerich (J. P. Garrahan, 1945), y fue en 1883 cuando quedó finalmente establecida la cátedra de Enfermedades de los Niños y Clínica respectiva, con sede en la Sala VI del Hospital de Clínicas. El español Manuel Blancas (1823-1906) se hizo cargo de la misma durante diecinueve años, formando al primer grupo de pediatras argentinos: Facundo Larguía, Sixto Terán, Delio Aguilar, Antonio Piñero, Genaro Sixto, Ernesto Gaing, Ángel Centeno, entre otros. En 1906, la cátedra pasó a denominarse Clínica Pediátrica y, desde 1919, Clínica Pediátrica y Puericultura, incorporando de ese modo el enfoque preventivo e higiénico (Meroni,

1980). Tras la muerte de Blancas en 1906, Ángel Centeno (1863-1925) se hizo cargo de la cátedra, contando con una serie de colaboradores entre los que pueden mencionarse Fernando Schweizer, Raúl Cibils Aguirre, Pedro de Elizalde, Mamerto Acuña, Alfredo Casaubón y Mario del Carril. En 1919 Centeno abandonó la cátedra de Pediatría para hacerse cargo de la de Clínica Médica (Chaminaud, 1951b). En su lugar, Mamerto Acuña (1875-1957), un reconocido y admirado pediatra oriundo de la provincia de Corrientes, ejerció la titularidad y, tras su jubilación, Juan P. Garrahan fue designado Profesor Titular (Schiavone, 1958). Una cátedra complementaria se abrió en la Casa Cuna (actualmente Hospital “Pedro de Elizalde”) en 1937. Si bien tuvo el estatuto de cátedra libre de para graduados y se la designó con el nombre “Puericultura Primera Infancia”, funcionó como un segundo centro docente de medicina infantil (J. P. Garrahan, 1962).

La segunda cátedra de Pediatría de la UBA se asentó en la Sala 17 del Hospital de Niños en abril de 1957. Florencio Escardó fue designado Profesor Titular por concurso y conformó el primer equipo docente con algunos de sus discípulos más cercanos. A diferencia de la primera cátedra que contaba con una sólida trayectoria, Escardó creó la cátedra desde cero y basándose en sus propias concepciones. La enseñanza tuvo así un sello distintivo que la acercó a la pediatría social y a los desarrollos de la medicina “moderna”.

En la Universidad de La Plata, la primera cátedra de Medicina Infantil se abrió en 1935, y tuvo su sede en el Hospital de Niños y, desde 1942, desarrolló actividades también en la Casa Cuna. Fernando Schweizer (1880-1947) –pediatra de origen alemán– fue el primer Profesor Titular, cargo que desempeñó hasta su muerte. Le sucedieron Pascual Cervini, Delio Aguilar Güiraldes y Julio Mazza. En 1985 se creó la Cátedra de Pediatría “B” con sede en el Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H.

Sbarra” (ex Casa Cuna). Durante sus primeros diez años de existencia, la cátedra estuvo a cargo de Marcos Cusminsky (Mateos & Marini, 2011).

En Montevideo, la cátedra de Clínica de Niños se creó en 1894, cuando aún no existía un Hospital de Niños.²⁶ Su Profesor Titular fue Francisco Soca, sustituido por Luis Morquio desde 1900. La repentina muerte de Morquio en 1935 dejó a José Bonaba a cargo de la cátedra. A la muerte de éste, le sucedería Euclides Peluffo (Praderi, 1949; Turnes, 2014).

Un punto fundamental en lo que hace a la institucionalización de la medicina infantil es la aparición de asociaciones profesionales y revistas especializadas. Con respecto a estas últimas, en 1904 Gregorio Aráoz Alfaro²⁷ en representación de la Argentina, Luis Morquio por Uruguay y Olinto de Oliveira y Fernández Figueiras por Brasil fundaron *Archivos Latinoamericanos de Pediatría*, publicación pionera de la pediatría latinoamericana que se editó en Buenos Aires durante 25 años. En el contexto local, esta publicación se sumaba a la *Revista del Hospital de Niños*, creada en 1897, y ambas comenzaban a mostrar la consolidación de la medicina infantil como una especialidad definida dentro del campo médico, cuyos desarrollos ameritaban contar con un vehículo de difusión propio (Puga, 2005). Asimismo, el proyecto de una publicación que nucleara a los especialistas americanos, tuvo por objetivo contribuir a la difusión de sus investigaciones en Europa (Escardó y Anaya, 1945). En ese sentido, no

²⁶ Las primeras prácticas pediátricas se llevaron a cabo en la enfermería del Asilo de Huérfanos y Expósitos. En 1908 se inauguró el primer Hospital de Niños en un predio donado por el matrimonio Pereira-Rossell, pero la cátedra pudo disponer de su espacio recién en 1935. Entretanto, en 1922 abrió sus puertas el Hospital de Niños “Dr. Pedro Visca”, un moderno nosocomio emplazado en lo que había sido la enfermería del Asilo de Huérfanos y Expósitos. Allí se conformó una nueva escuela de pediatría que tuvo a Antonio Carrau, Julio Marcos y José Portillo entre sus representantes más destacados (Portillo, 1987; Turnes, 2014).

²⁷ Gregorio Aráoz Alfaro (1870-1955) fue un reconocido pediatra que a lo largo de toda su carrera se ocupó de promover el cuidado infantil y la salud pública. Formó parte, junto con otras figuras destacadas como Guillermo Rawson y Emilio Coni, de aquella tradición médica vinculada con el higienismo como programa de reforma social de base científica y filantrópica. Fue Profesor del Colegio Nacional Buenos Aires y médico del Hospital San Roque (actualmente Hospital Ramos Mejía). Presidió en varias oportunidades el Departamento Nacional de Higiene y fue miembro fundador y segundo presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría.

es extraño que el francés haya sido el idioma elegido por Aráoz Alfaro para su contribución en el primer número de la revista. Un sello distintivo de los comienzos del siglo pasado fue, precisamente, la estrecha comunicación entre los pediatras latinoamericanos y los europeos no solo a través de publicaciones, sino además por medio de la participación en congresos y las visitas científicas realizadas con el fin de conocer los servicios de pediatría del viejo continente. Asimismo, médicos locales como Aráoz Alfaro y Centeno escribieron capítulos del célebre tratado de pediatría de los franceses Grancher y Comby. Aunque resulte algo esquemático, podría decirse que el perfil que adoptó la pediatría argentina durante el siglo XX estuvo marcado por tres influencias sucesivas: a comienzos de siglo se destacó la influencia de la medicina francesa, sobre todo a través del influjo renovador de Louis Pasteur y Claude Bernard.²⁸ Hacia la década de 1920 fue notable la difusión de la medicina alemana por parte de médicos como Fernando Schweizer. Las escuelas pediátricas francesa y alemana fueron ampliamente reconocidas, tanto en el contexto local como a nivel internacional. Pero la conmoción sociopolítica e intelectual que tuvo lugar en Europa en los años de entreguerras, junto con el conflicto bélico y la posterior recuperación, fueron orientando el foco de atención hacia el norte del continente americano. En este punto cabe mencionar asimismo el papel que desempeñaron organismos como la *Rockefeller Foundation*, que mostró un temprano interés por la salud y la educación públicas y

²⁸ En rigor de verdad, el aporte de estos médicos franceses no se ciñó exclusivamente a la pediatría, sino que alcanzó la medicina toda. Louis Pasteur (1822-1895) fue, junto con Robert Koch, fundador de la bacteriología. Aportó la noción de causa microbiana, que logró explicar diversas enfermedades y sus mecanismos de contagio y promovió el desarrollo de terapéuticas eficaces y recursos profilácticos a través de su teoría de las inoculaciones preventivas. Descubrió el método de pasteurización, proceso que garantiza la seguridad de numerosos productos alimenticios. Sus hallazgos otorgaron sólidas bases a la higiene individual y social. En cuanto a Claude Bernard (1813-1878), fue uno de los más ilustres fisiólogos de la Francia moderna. Fundador de la medicina experimental, sus aportes se vincularon con la aplicación del criterio funcional centrado en el organismo al estudio de la enfermedad, lo cual se sumó al clásico método anatómico-clínico. Centrado en la fisiología como ciencia de la vida y siguiendo la línea de autores como Broussais, Bernard estableció una continuidad entre fisiología y patología al afirmar que la enfermedad era una expresión perturbada, exagerada, aminorada o anulada de una función fisiológica normal (Canguilhem, 2009a, 2009c; Garrison, 1922).

financió numerosos proyectos y becas de formación de médicos latinoamericanos en los Estados Unidos (Cueto, 1990, 1997). La medicina infantil estadounidense se convirtió así en un importante punto de referencia, sin anular por completo el influjo de su par europea (J. P. Garrahan, 1962). En las décadas que siguieron a la Segunda Guerra Mundial el intercambio personal y sobre todo bibliográfico se hizo muy notorio: la literatura médica norteamericana comenzó a poblar las bibliotecas y se hicieron frecuentes los viajes de formación a los Estados Unidos y las visitas a la Argentina de eminentes pediatras del norte. En la mayoría de los casos estas actividades contaron con el auspicio de la Sociedad Argentina de Pediatría y del Capítulo Argentino de la *American Academy of Pediatrics* de Chicago (Meróni, 1980). La pediatría argentina y latinoamericana siempre se mantuvo expectante frente a los descubrimientos de sus pares europea y, más tarde, norteamericana. Al respecto, cabe destacar que la percepción de algunos de los médicos locales (Chaminaud, 1951c; Meróni, 1980) sobre las naciones latinoamericanas reproducía la mirada más tradicional acerca de la relación centro/periferia en la producción de conocimiento, ya que eran concebidos como pueblos que habían florecido al amparo de los descubrimientos de Europa y Estados Unidos. Según esta perspectiva, la periferia supone una actitud pasiva, de reproducción y aplicación de saberes producidos en el centro, con la consecuente desvalorización de los saberes locales (Restrepo Forero, 2000; Shils, 1976). Otros médicos, sin embargo, consideraban que la pediatría argentina se caracterizaba por cierto eclecticismo y que, en tal sentido, no marchaba rigurosamente detrás de las orientaciones foráneas (J. P. Garrahan, 1962).

En 1930, los representantes de los diferentes países que integraban *Archivos Latinoamericanos de Pediatría* decidieron que cada Sociedad de Pediatría tuviese su propia publicación (Ceriani Cernadas, 2011). Así surgieron *Archivos de Pediatría del*

Uruguay, Jornal de Pediatria del Brasil, Revista Chilena de Pediatria y Archivos Argentinos de Pediatria, cuyo primer número se publicó en abril de 1930. La revista se proclamaba como un retoño de *Archivos Latinoamericanos de Pediatria*, independizado en virtud del “ritmo de la vida [que] exige imperiosamente la renovación de los hombres y las cosas” (Dirección, 1930, p. 3).²⁹

En lo que respecta a las sociedades profesionales, el 20 de octubre de 1911 se fundó la Sociedad Argentina de Pediatria (SAP), presidida por Ángel Centeno (Puga, 2005). Unos años más tarde, en 1915, se fundó la Sociedad de Pediatria de Montevideo (actualmente Sociedad Uruguaya de Pediatria) por iniciativa de Morquio (Turnes, 2014). A fines de 1937 se creó la Sociedad de Pediatria de La Plata. Durante casi dos décadas dicha institución dependió de la Sociedad Médica de La Plata, hasta que en 1951 fue incluida entre las sedes afiliadas a la SAP, que nucleaban pediatras de Córdoba, Mendoza, Santa Fe, Tucumán, Salta, Jujuy, Mar del Plata, Entre Ríos y Rosario (“Reseña Histórica de la Filial La Plata - Sociedad Argentina de Pediatria”, 2011).

Por último, en lo relativo a eventos científicos, merecen destacarse las Jornadas Argentinas de Pediatria, que desde 1949 se llevaron a cabo en las distintas filiales de la SAP, y que hacia el final del período indagado en esta tesis comenzaron a contar con la participación de los primeros psicólogos egresados de universidades nacionales. Asimismo, la sociabilidad entre los pediatras de ambas márgenes del Río de la Plata puede constatarse en las Jornadas Pediátricas Rioplatenses que comenzaron a realizarse en septiembre de 1921, promovidas por el uruguayo Morquio y los argentinos Aráoz Alfaro y Juan Carlos Navarro (J. P. Garrahan, 1962; Turnes, 2014). Especial relevancia

²⁹ Hasta 1937 *Archivos Argentinos de Pediatria* contó con la dirección de la Dra. María Teresa Vallino, colaboradora del Profesor Mamerto Acuña en la cátedra de Pediatria y Puericultura (Puga, 1980). Durante los siguientes diez años, J. P. Garrahan estuvo al frente de la revista, para ser sucedido por F. Escardó, que ocupó la dirección por un lapso de dos años. A partir de 1949 y hasta la década de 1960, la dirección de la revista estuvo a cargo de A. Larguía, I. Díaz Bobillo, L. M. Cucullu y J. M. Albores (Puga, 2005).

para esta investigación comporta asimismo el Primer Congreso Nacional de Puericultura, que tuvo lugar en Buenos Aires a fines de 1940, y que se realizó en el marco de un importante impulso en la institucionalización de la puericultura (tema que desarrollaremos en el cuarto capítulo).

1.1.3. La importancia de la higiene en el abordaje pediátrico

La conformación del campo profesional de la medicina infantil implicó, entre otras cosas, la distinción de diferentes enfoques para el abordaje de su objeto de estudio. En ese sentido, podría señalarse la existencia de una perspectiva clínica, dedicada al estudio de la patología individual, y un enfoque de tipo higiénico, de carácter preventivo, vinculado con la medicina del cuerpo social y con la labor del médico como funcionario público. Ambos enfoques fueron, desde luego, combinables y se encarnaron en muchos de los pediatras de los que nos ocuparemos en esta investigación, quienes alternaron la asistencia hospitalaria y la consulta privada con diversas actividades vinculadas con la prevención desde una perspectiva médico-social. Y es precisamente este perfil higiénico y preventivo –de amplia relevancia para los médicos de niños– el que habría constituido un suelo de base para la recepción de saberes y prácticas “psi”.

En el Río de la Plata la higiene fue una pieza clave en el proyecto biopolítico occidental que, afincado en la vida, centró su interés en la regulación y gestión de los grupos humanos y en el control y la distribución de fuerzas (Foucault, 1976/2008). El ámbito urbano fue el escenario en el cual la higiene se desarrolló siguiendo el modelo europeo de defensa social aplicado a lo “anormal”, es decir, a aquello que resultaba improductivo o inclasificable dentro de un conjunto hegemónico de valores que ponderaban al ser humano de acuerdo con su capacidad de integrarse al sistema de

producción capitalista (Vallejo & Huertas, 2012). Las ciudades “modernas” –fuentes de numerosos males sociales y, al mismo tiempo, elementos clave de modernización y progreso– ofrecían la materia prima para las reflexiones de las elites dirigentes en torno a la mala composición moral y psicológica de la población argentina y a la necesidad de homogeneizar y educar a la masa inmigrante. Es esto lo que situó al movimiento médico social en el marco de la lucha contra la barbarie, tanto nativa como inmigrante.

En el caso de la pediatría, en las primeras décadas del siglo pasado el enfoque individual, centrado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades se combinó con una orientación social y preventiva, motivada fundamentalmente por la atención a pacientes provenientes de los sectores más pobres de la sociedad (Aráoz Alfaro, 1942b). Hacia el final del período estudiado aquí, esta orientación se hallaba fuertemente consolidada. Así, se sostenía que la formación en pediatría debía ser encarada con un criterio amplio, que fuera más allá de la puericultura, la patología y la clínica infantil para incluir al niño en su medio físico y social, considerando la influencia que éste ejercía sobre su ajuste emocional y su maduración somatopsíquica (Chattás, de Elizalde, Escardó, & Notti, 1957). ¿Cómo llegó a configurarse este perfil? Esta es una de las preguntas que las páginas que siguen intentarán responder.

Tal como lo recordaba Gregorio Aráoz Alfaro, la práctica profesional había mostrado muy tempranamente la interdependencia entre la acción médica y la acción social:

Es ahí en ese campo de lucha diaria, en que el médico, sensible a los dolores humanos y deseoso de evitarlos en lo posible, choca con la imposibilidad de llenar debidamente su misión si no libra combate al mismo tiempo con los **factores sociales** que son en gran parte, los causantes de la enfermedad misma o de su empeoramiento y difusión, que surge la necesidad de profundizar el estudio de aquéllos (Aráoz Alfaro, 1942b, p. 369, resaltado en el original).

Autorizándose en René Sand, Aráoz Alfaro sostenía que así como las causas profundas de la enfermedad se hallaban en la ignorancia, la miseria y demás factores sociales, las causas últimas de la pobreza remitían a problemas médicos: enfermedades, desnutrición y anomalías físicas y mentales. Su lectura reflejaba así la tendencia propia de comienzos del siglo XX de interpretar los problemas sociales en clave biológica, hecho que abonaba la idea de una necesaria intervención por parte de la medicina.

La intervención de los pediatras en las iniciativas de profilaxis y protección de la infancia estuvo motivada fundamentalmente por la elevada mortalidad infantil, problema médico social y en última instancia político, que de manera casi simultánea suscitó preocupación en Europa y América (Birn, 2007). En el Río de la Plata a comienzos del siglo XX, la mortalidad infantil ascendía a cifras alarmantes (Mazzeo & Pollero, 2005). La relevancia de este fenómeno venía dada no solo por el costo material de perder valiosos recursos humanos, sino además por lo que decía sobre las conductas e inteligencia de los padres y, en definitiva, sobre el estado moral de la Nación (Aráoz Alfaro, 1942a). Dado que la mala alimentación era considerada la principal causa de enfermedad y muerte del niño, la injerencia del saber experto se desplazó progresivamente a los demás actores sociales involucrados en la protección de la infancia. Esto consolidó el accionar médico en clave higiénica, al reafirmar la concepción del niño como un ser dependiente en grado sumo del ambiente (del vientre y del pecho maternos en un comienzo y posteriormente de la familia como instancia protectora y formadora del carácter y la moral). En virtud de esta perspectiva ambientalista, la medicina infantil pudo comprobar que las intervenciones sobre el cuerpo y las conductas maternas y sobre el entorno del niño tenían un impacto decisivo en su supervivencia.³⁰

³⁰ Este hecho contribuye a explicar la vocación de los pediatras por intervenir en el armado de un marco institucional y legislativo que asegurase la protección materno-infantil. Al respecto, véanse, entre otros:

A partir de la década de 1920 las tasas de mortalidad infantil se modificaron luego de que las sulfamidas comenzaran a administrarse. No obstante, el principal problema para la pediatría continuó situándose a nivel poblacional, pero fue redefinido en términos de descenso en las tasas de natalidad. En otros capítulos nos ocuparemos de analizar el modo como estos problemas operaron como grilla de lectura y aplicación de los saberes “psi” a problemas específicos de la primera infancia. Por ahora nos interesa señalar que una de las ideas rectoras de la pediatría fue la de robustecer el organismo infantil por medio de una vida sana e higiénica. Si bien se trataba de un método inglés (Chaminaud, 1951a), las escuelas pediátricas francesa y alemana fueron las que mejor cauce dieron a esa directiva (Carlos Ruiz, 1939). En efecto, a partir de fines del siglo XIX Adalbert Czerny (1863-1941), Heinrich Finkelstein (1865-1942) y Antoine Marfan (1858-1942) se consagraron como los referentes más importantes de la pediatría moderna (Sbarra, 1942a, 1942b).³¹

La idea de robustecer el organismo infantil no solo estuvo ligada a la prevención

Aráoz Alfaro, G. (1933). El Concepto Integral de Protección de la Infancia. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, I(6), 2-4; Morquio, L., Romero, M., Bauzá, J., Alvarez Vignoli de Demicheli, S., Fournier, E., Escardó y Anaya, V., & Infantozzi, J. (1934). Código del Niño. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, VIII(1), 6-104; Rueda, P. (1936, agosto). A propósito del proyecto de creación de la defensa nacional de la maternidad e infancia del senador Dr. Palacios. *Madre y Niño*, 80-81; Escardó, F. (1940). La protección del niño en la legislación argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XIV(2), 178-185; Siri, L. (1941). Bases para la elaboración del plan general de protección a la infancia en la República Argentina. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo II* (p. 205-239). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli; Olanar Chans, A. (1941). La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo II* (p. 159-169). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.

Sobre protección materno-infantil en el período indagado aquí, véase Biernat, C., & Ramacciotti, K. (2013). *Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos.

³¹ Czerny se graduó en Praga en 1888 y desde 1894 se desempeñó como Profesor en Breslau y luego en Berlín. Desde principios del siglo XX publicó numerosos trabajos sobre desórdenes y tratamiento de la nutrición infantil y fue el fundador de una escuela que se ocupaba de estudiar los pormenores del metabolismo infantil (Chaminaud, 1951c). En cuanto a Finkelstein, en 1888 obtuvo un doctorado en filosofía y se dedicó posteriormente a las ciencias naturales. Luego de formarse en geología estudió medicina en Leipzig y en 1894 se trasladó a Berlín, donde se dedicó de lleno a la pediatría. En 1938 emigró a Chile huyendo del nazismo y pasó allí los últimos años de su vida (“Enrique Finkelstein. Su fallecimiento”, 1942; Nes El, 2003). Marfan, por su parte, fue Jefe de Clínica del Hospital Necker y Profesor agregado de la Facultad de París. Entre 1913 y 1922 editó *Le Nourrisson*, reconocida y emblemática publicación de la pediatría francesa (Chaminaud, 1951c).

de la mortalidad, sino que desde fines del siglo XIX y durante buena parte del período aquí investigado se asoció a los principios de la eugenesia. La higiene individual y colectiva cumplió así un importante papel como instrumento al servicio no ya de la pureza, sino del mejoramiento de la “raza argentina” (Armus, 2016).

La eugenesia formó parte de las ideologías biologicistas que impregnaron la escena científica a comienzos del siglo XX. En la Argentina, su historia se remonta al problema de la raza y la amenaza de la degeneración,³² figura que condensaba el negativo de los valores morales deseados por las élites políticas e intelectuales en los albores del siglo pasado. Fundada por Francis Galton (1822-1911) hacia fines del siglo XIX, la eugenesia se definió como la ciencia abocada al estudio de las influencias capaces de mejorar las cualidades innatas de una raza (Galton, 1909). Hasta el 1900, las ideas de herencia que la sustentaban eran vagas y contradictorias. Pero el redescubrimiento de los experimentos del fraile austríaco Gregor J. Mendel (1822-1884) en torno de las leyes de la segregación permitió dejar de lado las especulaciones y los estudios cualitativos, para dar lugar al estudio experimental de la evolución y otorgar de ese modo un basamento científico a la eugenesia (Kevles, 1986). A partir de allí, la eugenesia fue apropiada por el discurso de la ciencia y se la utilizó como base para

³² La teoría de la degeneración fue expuesta por el psiquiatra francés Bénédict Augustin Morel en su *Tratado de degeneración de la especie humana*, publicado en 1857. Morel sostenía que existían seres que constituían un desvío mórbido de cierto tipo humano primigenio e ideal, asimilable a la figura del hombre del Edén. Su tesis retomaba la preocupación por el desvío del tipo originario de la especie, presente ya en el discurso de naturalistas como Georges Louis Leclerc de Buffon o Jean-Baptiste Lamarck. A comienzos del siglo XIX Pierre Jean Georges Cabanis había asociado esta idea de degeneración a las modificaciones indeseadas en los tejidos y órganos, articulándola así con el discurso anátomo-patológico de la medicina. Un conjunto múltiple y heterogéneo de causas explicaban, según Morel, la degeneración: la herencia, las enfermedades congénitas o adquiridas en la infancia, la intoxicación (climática, miasmática o alcohólica), la miseria, el temperamento malsano y la inmoralidad. De gran difusión en Europa y América, la teoría de la degeneración fue una lectura biologicista y moralista de las transformaciones sociales profundas que atravesaban las sociedades contemporáneas. Sobre este tema pueden consultarse, entre otros, Bynum, W. F. (1984). Alcoholism and Degeneration in 19th Century European Medicine and Psychiatry. *British Journal of Addiction*, 79, 59–70; Pick, D. (1989). *Faces of Degeneration. A European Disorder, c.1848–1918*. Cambridge University Press; Conti, N. (1995). Jacques Joseph Valentin Magnan. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, VI(22), 307–309; Conti, N. (2003). Benedict Augustin Morel y el origen del término Demencia Precoz. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XIV(53), 227–231; Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae zudia. Revista Latino-Americana de Filosofia e História da Ciência*, 7(3), 425–445.

numerosas intervenciones a nivel poblacional, muchas de las cuales se centraron en el binomio madre-hijo (de Luna Freire, 2008; Kline, 2001; Miranda, 2005, 2011; Nari, 2004; Scarzanella, 2003b; Smuts, 2006). De acuerdo con Gustavo Vallejo y Marisa Miranda (2004) la eugenesia en la Argentina dio lugar a un programa científico-político de exclusión social legitimado por teorías biológicas, que contribuyó a justificar las desigualdades que garantizaban los privilegios de las elites dirigentes. Impulsado en un principio por sectores liberales imbuidos del positivismo decimonónico, involucró luego a corrientes nacionalistas que le dieron un gran impulso en la década de 1930. Los autores sostienen que, a diferencia de lo ocurrido en Europa en donde la eugenesia se diluyó con el fin de los totalitarismos de entreguerras, en la Argentina habría continuado funcionando –si bien con moderada intensidad– tanto bajo gobiernos militares como democráticos. Hay que decir, sin embargo, que en el campo de la medicina infantil rioplatense la retórica eugenésica del mejoramiento de la “raza” entró en franca declinación luego de la Segunda Guerra Mundial. La impronta del discurso higiénico, en cambio, no dejó de estar presente. En la década del cincuenta, diversos autores continuaban esta tradición de acuerdo con la cual la pediatría debía mantener un vínculo integral y constante con la prevención y la higiene física y mental (Chattás et al., 1957; Escardó, 1951; J. P. Garrahan, 1955b). De acuerdo con esta perspectiva, existía una suerte de continuidad entre la infancia y la adultez, en la cual descansaba la relevancia social de la medicina infantil. Así, según Escardó (1951), ningún problema podía ser “dejado para más adelante”, puesto que el niño no era un ser que llegaría a ser hombre, sino que era el hombre, ya desde su primera hora. La pediatría aparecía entonces como una medicina cargada de potencialidades prospectivas, puesto que, si era capaz de abordar con éxito las enfermedades de la infancia, podría alivianar la carga que recaería sobre psiquiatras, geriatras y todos aquellos ocupados en cuestiones de bienestar social.

En el terreno psicológico, este perfil higiénico de la pediatría se articuló estrechamente con las ideas de la higiene mental, movimiento que nació en los Estados Unidos a comienzos del siglo XX y se consolidó en la Argentina hacia la década de 1930 con la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental.³³ El discurso de la higiene mental, estructurado en torno al concepto de profilaxis, reconocía dos núcleos temáticos (Borinsky, 2009; Talak, 2005): la detección precoz de la patología y la tesis del desencadenamiento desadaptativo de los trastornos psíquicos, que dirigía la mirada hacia el rol de los factores sociales en la aparición de la enfermedad mental (dejando intacta, no obstante, la hipótesis hereditarista). Las características nocivas de las sociedades “modernas” y las circunstancias familiares, laborales e incluso políticas quedaban así en el centro de la escena y reorganizaban el espacio de intervención de la psiquiatría, que comenzaba a traspasar los muros del asilo para extenderse a la sociedad (Grob, 1987).

En su pretensión de ocuparse de casi todas las cuestiones de interés público, la higiene mental fue vislumbrada como un instrumento moderno al que los médicos argentinos podían recurrir para plasmar en acciones concretas la vocación reformadora que los caracterizó desde los comienzos de la profesión (Klappenbach, 1999a). En lo que respecta a la infancia, el programa de la Liga Argentina de Higiene Mental incluía una sección de psiquiatría infantil y auxología –cuya meta era la observación y profilaxis del desarrollo físico y psíquico– y otra destinada a la higiene social e individual de la infancia, que tenía por objetivo estudiar todo lo referido a la educación

³³ La Liga fue fundada en diciembre de 1929 (Bosch, 1930). A diferencia de los Estados Unidos, el movimiento local surgió en el ámbito de la psiquiatría y se desarrolló sobre la base de ideas eugenésicas previas (Talak, 2005). Su primer presidente fue el psiquiatra Gonzalo Bosch. Contó con un local propio cedido por la Municipalidad de Buenos Aires y fue subvencionada permanentemente por el Gobierno nacional y esporádicamente por la Municipalidad y el Consejo Nacional de Educación. La Liga disponía de Consultorios Externos en el Hospicio de las Mercedes, en su Sede Social y en el Instituto Neuropsiquiátrico fundado en 1939 para la asistencia pedagógica de niños anormales. Creó también una Escuela de Visitadores Sociales de Higiene Mental en 1934 y entre 1942 y 1947 publicó la *Revista Argentina de Higiene Mental* (Borinsky, 2009).

escolar y familiar de los niños (Bosch, 1930). La Liga puso en funcionamiento asimismo una serie de consultorios ambulatorios que, dada su filiación institucional, permanecieron dentro de los límites de la psiquiatría. Pero, como veremos a lo largo de esta tesis, la preocupación por el desarrollo psíquico infantil y los cuadros psicopatológicos no fue privativa de la psiquiatría. También la pediatría, a través de figuras representativas como Mamerto Acuña y Juan P. Garrahan, impulsó la creación de espacios similares, tales como el Consultorio de Higiene Mental (posteriormente Centro de Psicología y Psiquiatría Infantil), que funcionó desde 1934 en el Instituto de Pediatría y Puericultura del Hospital de Clínicas. El Hospital de Niños constituyó asimismo un espacio fecundo para el desarrollo de investigaciones sobre patología infantil que incorporaron aportes de la psicología y el psicoanálisis (Borinsky, 2009). Es decir que la pediatría local, en estrecha vinculación con la higiene mental y los saberes “psi”, otorgó un impulso decisivo a los espacios que permitieron poner en práctica nuevas ideas y abordajes respecto de la anormalidad infantil.

Hasta aquí hemos intentado mostrar que el enfoque higiénico y preventivo estructuró en gran medida el campo de la medicina infantil en la Argentina y conformó un suelo de base para la recepción de saberes “psi”. A continuación avanzaremos en el análisis de ciertos cuestionamientos que, hacia la década de 1940, plantearon la necesidad de humanizar la medicina y complementar su enfoque con la consideración de los aspectos psicológicos del desenvolvimiento humano.

1.2. El humanismo médico: hacia una visión integral del ser humano

1.2.1. El positivismo cuestionado

Medicina y tecnología: los riesgos de un saber fragmentado

De aquella medicina al lado de “la cama del paciente” o en la consulta placentera, donde el médico atendía sin prisa y con empatía y así conocía al paciente tanto en sus sufrimientos como en sus deseos, se transformó en una medicina sometida a los “éxitos” tecnológicos y al mercantilismo. Esto motivó, entre otras, que los médicos fuéramos cada vez más insensibles, que pasivamente aceptáramos el escaso tiempo en la consulta, y que por la ambición del mercado fuéramos perdiendo nuestra dignidad (Ceriani Cernadas, 2017, p. 106).

La cita corresponde al primer número de *Archivos Argentinos de Pediatría* del año 2017 y es parte de un artículo que reflexiona sobre lo que pareciera ser “la decadencia de la práctica médica en la era tecnológica”. Se trata de un análisis que denuncia la subordinación de la medicina a la tecnología y el consecuente alejamiento del paciente, la deshumanización de la práctica. Si bien es cierto que los avances tecnológicos se han sucedido de manera vertiginosa en las últimas décadas, el problema de la relación del médico con la tecnología y el modo como ésta afecta el vínculo con el paciente ha sido objeto de debate ya desde el siglo pasado. En ese sentido, aunque sin caer en una linealidad que borre las inevitables diferencias entre ambos contextos, podría pensarse que no hay en lo sustancial de este planteo algo muy diferente de lo que puede hallarse en algunas de las fuentes primarias relevadas para esta tesis. Veamos por ejemplo la conferencia pronunciada por el médico uruguayo Walter Piaggio Garzón en septiembre de 1938, en la sesión científica de la Sociedad Argentina de Pediatría. La

misma giraba en torno de la necesidad de humanizar la medicina y abrir una vía nueva que le permitiera restaurar y revivir, adaptándolos a la época, ciertos “conceptos fecundos” del arte médico (Piaggio Garzón, 1939, p. 502). La imagen –recurrente en los años de entreguerras– de un mundo en crisis moral y existencial demandaba a la medicina un acercamiento a los problemas biosociales, y constituyó una de las razones por las cuales el enfoque médico-social recibió nuevo impulso en esos años (Klappenbach, 1995). Este fue un primer elemento decisivo en el diálogo con los saberes “psi”, toda vez que la medicina social, al ampliar la mirada sobre los problemas médicos, guardaba un estrecho nexo con la psicología y con otras disciplinas como la sociología, la economía y la ingeniería (Sbarra, 1938).

El florecimiento de esta nueva sensibilidad médica se producía, sin embargo, al tiempo que irrumpía una serie de descubrimientos (técnicas diagnósticas y de laboratorio, preparados farmacológicos) que dejaban a la ciencia médica “estupefacta” (Piaggio Garzón, 1939) y ponían en duda la autoridad del galeno (Belmartino, 2005; Klappenbach, 1995).³⁴ El riesgo no solo era la pérdida del monopolio de la atención de la salud sino que además se temía por las consecuencias de una hiperespecialización que hiciera olvidar al hombre total, “ser de carne y sentimiento” (p. 518):

Se ha **compartimentado** en sectores el organismo, creándose la especialización a ultranza o prematura y por consiguiente insuficiente (...) Para mí es imposible imaginarse un pediatra cuya ciencia no descansa sobre una amplísima base de conocimientos generales, esto es, sobre una preparación sólida e integral. Es que el espíritu demasiado especializado y con una visión parcelar llega a ser incapaz de captar en toda su amplitud los palpitantes problemas de la Medicina (Piaggio Garzón, 1939, p. 513, en negrita en el original).

³⁴ Al respecto véase Boero, E. (1931). El malestar de nuestra profesión. *La Semana Médica*, XXXVIII(9), 537–541.

Piaggio Garzón no dejaba de reconocer el valor y la importancia de las técnicas diagnósticas, no obstante lo cual afirmaba la necesidad de no abandonar el patrimonio del pasado, vale decir, la observación clínica rigurosa. Se trataba de dar paso a un neo-hipocratismos en virtud del cual la mirada atenta, la meditación y la intuición guiaran el proceder médico. En resumidas cuentas, el médico uruguayo señalaba que la disciplina debía progresar por un doble esfuerzo, de análisis y de síntesis, hacia una concepción del hombre liberado de la tecnología mecanicista. Se trataba entonces de lograr una conciliación constructiva entre el laboratorio y la clínica, la Medicina biológica y la Medicina tradicional, el juicio y la técnica. A su vez, la crisis de los valores que atravesaba el mundo hacía preciso que la medicina reincorporase el estudio de la dimensión espiritual en dirección a un humanismo médico que, por medio de un contacto comprensivo con la enfermedad, ponía en evidencia que el ser humano no podía ser reducido a su dimensión biológica. Y era esta capacidad de captar la realidad humana en sus rasgos físicos y psíquicos la que delineaba, según el autor, el porvenir de la ciencia médica:

La medicina futura será así una medicina del hombre pensando, trabajando, del hombre social y será una medicina del ser completo, enfocándolo en su conjunto. Es estudiando al hombre en todas las manifestaciones de su pensamiento como en todas sus funciones orgánicas, que se llegará a una apreciación más completa de la naturaleza humana y a edificar una humanidad nueva, y por ella una nueva forma de civilización (Piaggio Garzón, 1939, p. 529).

Todo indica que, en los años de entreguerras, una parte al menos del campo médico se hizo eco de un movimiento denominado “holismo médico” (Lawrence & Weisz, 1998), que, en las décadas de 1920 y 1930 se diseminó tanto en Europa como en

los Estados Unidos. Se trataba de un conjunto de diversas corrientes cuyo denominador común era la oposición al reduccionismo practicado por una medicina dominada por la investigación de laboratorio, que depositaba excesiva confianza en la tecnología.³⁵ A su vez, y desde una perspectiva más general, se advierte en el planteo de Piaggio Garzón cierta recepción de una serie de ideas filosóficas que ponían de manifiesto la crisis de los valores involucrados en el ideario liberal (Terán, 2008). A través de figuras como el filósofo español José Ortega y Gasset (mencionado explícitamente por Piaggio Garzón en su conferencia), dichas ideas habían denunciado el anacronismo cultural que entrañaba la supervivencia de la tradición positivista en la Argentina. La crítica al positivismo se acompañaba de una nueva concepción antropológica, un nuevo modo de considerar al ser humano en el cosmos. Dicha postura se nutría de una corriente filosófica de la conciencia que desde fines del siglo XIX se desarrolló de la mano de filósofos como Henri Bergson en Francia y Edmund Husserl en Alemania. Según estas filosofías, la conciencia configuraba una realidad cualitativamente diferente de la realidad natural, es decir, que la diferencia entre el ser humano y el resto de los animales no era cuantitativa o de grado como sostenía el positivismo, sino de *esencia*. Asimismo, la concepción orteguiana del yo, que configuraba un yo entramado con la época y el mundo, planteaba la imposibilidad de aislarlo de la realidad (Terán, 2008). Esto interesa especialmente puesto que se conecta con el enfoque de la medicina social y su interés por aquellos determinantes socioeconómicos de las enfermedades, al tiempo que deja el camino allanado a un enfoque integral como el de la medicina psicosomática.

En suma, la conferencia de Piaggio Garzón nos permite observar cierta apertura de la medicina a ideas médicas y filosóficas que, de la mano del cuestionamiento al positivismo, habían dejado un rastro significativo en el clima cultural de la entreguerras.

³⁵ Entre las corrientes que conformaron este movimiento “holista” se hallan la medicina constitucional alemana, la biotipología italiana, la psicobiología norteamericana, el humanismo médico francés, la medicina psicosomática, el humanismo católico, la medicina neohipocrática y la homeopatía.

Así, en “un mundo sin alma” signado por el odio y la destrucción, una medicina que ensanchara sus horizontes restableciendo la interdependencia entre las dimensiones biológicas y psíquicas del ser humano podría contribuir significativamente al mejoramiento de la civilización.

La perspectiva humanista y la formación médica

En este clima de ideas, los años treinta fueron testigos de un proceso de revisión de las bases teóricas y prácticas de la medicina local –suscitado entre otras cosas a raíz del auge de curaciones alternativas– que cuestionó el biologismo dominante señalando la necesidad de considerar los factores emocionales (Belmartino, 2005). En este punto es de interés rastrear los ecos que este perfil humanista tuvo en la formación médica y el modo como se plasmó en propuestas de inclusión de saberes psicológicos en la currícula. Aquí cabe señalar que los planes de estudio de la carrera de Medicina en la Argentina fueron delineados de acuerdo con el modelo francés de fin de siglo y, luego de la Segunda Guerra, siguiendo el programa de los Estados Unidos. Esto determinó que su evolución histórica estuviera marcada por un paradigma de tipo científico-naturalista (de Asúa, 1986). Sin embargo, desde los años de 1930, diversas iniciativas plantearon la necesidad de incluir a la psicología en el entrenamiento médico bajo la premisa de que existía en el ser humano un “mundo interior” inexplorado por la medicina general pero de igual relevancia que el mundo de la naturaleza. Un primer antecedente al respecto puede hallarse en las páginas del *Boletín de la Sociedad de Psicología de Buenos Aires*.³⁶ Allí, Enrique Mouchet (1933) planteaba los límites de

³⁶ La Sociedad de Psicología de Buenos Aires se fundó en agosto de 1930 por iniciativa de Enrique Mouchet, en un intento de continuar la labor de la vieja Sociedad Argentina de Psicología que había sido fundada en 1908 por José Ingenieros, Horacio Piñero, Víctor Mercante, Francisco de Veyga, entre otros. La finalidad de la institución era cultivar la disciplina, promover y estrechar vínculos y desarrollar y difundir investigaciones. La primera comisión directiva estuvo conformada por representantes de diversas disciplinas (psiquiatría, filosofía, pedagogía, etc.), tales como Mouchet, Osvaldo Loudet, Víctor Mercante y Coriolano Alberini.

una formación en psiquiatría basada exclusivamente en la fisiología. La comprensión de la enfermedad mental requería, según el autor, el conocimiento de las funciones psíquicas, toda vez que la vida espiritual era el sello distintivo del ser humano, que lo diferenciaba de los animales. Prueba de ello era la comprobada eficacia que tenía una palabra de aliento o una afirmación categórica por parte del médico para curar una enfermedad orgánica, modificando así lo físico a través de lo moral. Por su parte, el psiquiatra René Arditi Rocha (1942) denunciaba que el exacerbado organicismo de los profesionales iba en detrimento de la totalidad individual, integrada también por el psiquismo. Planteaba que todo examen médico debía incluir la variable psicológica y desplazarse en una dirección que iba de lo orgánico a lo funcional y de allí a lo psíquico. Proponía que las facultades incorporasen la enseñanza de la psicología normal para que el médico de cualquier especialidad contara con herramientas de comprensión, diagnóstico y tratamiento si el caso lo requería.

En resumen, las propuestas de Mouchet y de Arditi Rocha, junto con otras iniciativas de la época, destacaban el aporte de la psicología para un enfoque unificador del paciente y reivindicaban su capacidad de brindar conceptos que permitieran comprender la trama compleja de la enfermedad (Klappenbach, 1995). Y si bien todas ellas provenían del campo psiquiátrico, interesa destacarlas en tanto pretendían promover un acercamiento de los médicos a la psicología. No obstante, hay que decir que formaban parte de una serie de propuestas aisladas, que en ese momento fueron materializadas bajo la forma de unos pocos cursos destinados a graduados y de carácter optativo. En efecto, en la formación médica argentina, el dualismo mente-cuerpo se sostuvo por lo menos hasta mediados del siglo XX, cuando los desarrollos de la medicina psicosomática hicieron necesaria la incorporación de la psicología (de Asúa, 1986). En 1958, mientras era Decano de la Facultad de Medicina de la UBA, Escardó

impulsó la realización de un curso para el cual convocó a un grupo de médicos psicoanalistas entre los que se contaban Celes Cárcamo, Jorge Insúa, Mauricio Goldenberg, Raúl Usandivaras y Eduardo Krapf (Wasertreguer & Raizman, 2009). El curso constituyó un antecedente importante en la creación de la cátedra de Psicología Médica como parte del currículo de grado, lo cual se produjo recién en 1967 (Rodríguez Sturla, 2004).³⁷ Esta modificación entrañó sin embargo una paradoja, que ha sido señalada por Miguel de Asúa (1986): no hizo más que institucionalizar la perspectiva dualista, al concentrar en una asignatura todo lo referido a la mente, dejando a la medicina ocuparse de problemas de tipo orgánico.

En el caso de la pediatría se destacaba la particularidad fisiopatológica del niño y la consecuente necesidad de revisar la formación de grado, en la cual todas las especialidades (entre ellas la Psicología y la Psicopatología) se ocupaban del adulto sin hacer referencia al niño (Rueda, 1950). La segunda mitad de la década del cincuenta marca el comienzo de un período caracterizado entre otras cosas por un rápido aumento de los conocimientos, lo cual volvía a la enseñanza de la pediatría (y de la medicina en general) una tarea cada vez más compleja y desafiante (Chattás et al., 1957). En este escenario, la pertinencia de enseñar psicología en las carreras de medicina ya no parecía estar en discusión, sino que, en todo caso, el debate pasaba por el enfoque y los contenidos a transmitir, la cantidad de horas de formación destinadas o la dependencia de la Universidad que debía tener a cargo la tarea (Pichon-Rivière, Reca, Escardó, Ravagnan, & Horas, 1959; Rimoldi, 1957).

³⁷ La Universidad de Cuyo fue la que más rápidamente dio cauce a la demanda de enseñanza de la psicología a los estudiantes de medicina. En 1957, Horacio Etchegoyen organizó la cátedra de Psicología Médica en dicha casa de estudios y ocupó el cargo de Profesor Titular durante los primeros dos años. En la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata comenzó a dictarse un curso de Psicología en 1963, y la siguió la Universidad de Tucumán, que abrió el correspondiente curso en 1964 (Escardó, 1965).

1.2.2. La medicina psicosomática: de las enfermedades a los enfermos

La medicina en el escenario de la Segunda Guerra

Como planteamos en el apartado anterior, en la década del cuarenta comenzó a circular en el contexto latinoamericano un abordaje que parecía ofrecer una mejor comprensión del paciente e intentaba dar respuesta a exigencias que se planteaban desde la entreguerras. La medicina psicosomática se implantó en un escenario en el cual, según se afirmaba, el pensamiento positivista del siglo XIX “destruyó la Medicina en su actitud básica: cuidar la salud del **hombre**, para convertirla en una técnica para arreglar órganos que funcionan mal” (Seguín, 1946, p. 645, en negrita en el original). Sobre este trasfondo en el que predominaba el criterio analítico, la corriente psicosomática se propuso reinstalar la idea de interrelación compleja entre la totalidad de los órganos y sistemas.³⁸ Se trataba de restaurar aquello que no había sido ajeno a la intuición de “los verdaderos clínicos”: el ser humano debía ser estudiado como una persona que amaba, odiaba, sufría y gozaba (Seguín, 1946).

En este punto cabe preguntarse cuáles fueron los elementos contextuales que incidieron en la expansión de esta perspectiva y su recepción en el campo pediátrico. Al respecto, es ineludible detenerse en los cambios producidos en Occidente durante la Segunda Posguerra, algunos de los cuales son particularmente significativos en lo relativo al niño y a la salud mental.

La experiencia de la Segunda Guerra Mundial contribuyó a la revalorización del factor ambiental por sobre los determinantes constitucionales en la causación de ciertos síntomas somáticos y trastornos emocionales. Los años que siguieron al conflicto bélico

³⁸ En rigor de verdad, esta idea se había planteado con anterioridad, a raíz de los hallazgos en el campo de la endocrinología y en el estudio del sistema nervioso neurovegetativo. Dichos hallazgos asentaron el concepto de correlación funcional, de tipo fisiológica, a lo cual la psicología añadió la consideración de la relación cuerpo-alma.

fueron testigos de un giro epistémico que impactó en el campo de la medicina que procuraba intervenir a escala social (Vezzetti, 2016). En este marco, y en continuidad con muchos de los objetivos trazados por la higiene mental (Bertolote, 2008), surgió el movimiento de salud mental y la psicología, el psicoanálisis y la sociología cobraron un protagonismo decisivo en la búsqueda de explicaciones acerca de los cambios en el mundo. En el plano médico, la coyuntura de la Segunda Posguerra dio impulso decisivo al enfoque psicosomático, puesto que la guerra había brindado cuantiosas pruebas de la preeminencia del factor psíquico en cuadros como una fractura o una quemadura, que parecían ser estrictamente orgánicos. A su vez, la intervención de la psiquiatría en las llamadas “neurosis de guerra” posibilitó la puesta en práctica de numerosos dispositivos de grupales tendientes a mitigar el impacto negativo causado por las bajas en los ejércitos. El desempeño de la psiquiatría inglesa y norteamericana durante el conflicto bélico catapultó dicha disciplina a la sociedad, creando la figura del psiquiatra social que, a través de un enfoque multidimensional con el concurso de psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales, trataba y prevenía las enfermedades mentales, incidiendo significativamente en la calidad de vida de la población (Menninger, 1947/1994; Scull, 2011; Starks & Braslow, 2005). A la par que declinaban los modelos biológicos en la explicación de las enfermedades mentales, los saberes psicológicos fueron ascendiendo notablemente en la escena pública y llegaron a conformar una suerte de “credo”, una grilla de lectura privilegiada para comprender diversos fenómenos individuales y sociales (Herman, 1995).

Las reflexiones de autores como Anna Freud, René Spitz y John Bowlby subrayaban las consecuencias nocivas que para miles de niños hasta ese momento “normales” había producido la separación de sus familias durante la guerra. Asimismo, las investigaciones en torno a las neurosis de guerra parecían revelar que su causa basal

se remontaba a la primera infancia, más específicamente a las dificultades para encauzar los instintos por fallas en la dinámica afectiva de la familia (Rose, 1990). Estos hallazgos colocaban en la pediatría una gran responsabilidad, puesto que, si bien había realizado considerables progresos en el plano del cuidado físico (prueba de ello era el marcado descenso de la mortalidad infantil), tenía aún mucho por hacer en materia de higiene mental y prevención (Solovey, 1947).

Este panorama, descrito aquí sucintamente, determinó el ostensible acercamiento de la pediatría a la psicología que puede observarse hacia mediados de los años de 1940. Dicho acercamiento fue demandado desde el campo psicológico mismo, tal como lo muestra la conferencia que en 1944 ofreció el psicólogo español Emilio Mira y López en el marco del XV Curso de Perfeccionamiento del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil de la Facultad de Medicina de Montevideo. Allí, el autor planteaba que el deber del pediatra actual era el de tutelar al niño. Esto entrañaba cierta “psicologización” de la medicina infantil (Mira y López, 1944, p. 15), puesto que no sólo efectuaba prescripciones sobre los aspectos materiales de la vida del pequeño (alimento, vestido, vivienda, etc.), sino que contemplaba además sus aspectos existenciales, vale decir, personales: sus juegos, sus lecturas y sus relaciones familiares.

En cierto modo, las palabras de Mira y López anticipaban los cambios que, en lo tocante a la salud infantil, se producirían luego de la Segunda Guerra Mundial. El bienestar infantil y la seguridad social de la familia comenzaban a consolidarse como elementos indispensables para garantizar generaciones fuertes de cuerpo y espíritu, capaces de lograr, en un futuro no lejano, la ansiada paz para la humanidad (Lenroot, 1943). Una prueba de este compromiso con el cumplimiento de los derechos infantiles es la Declaración de Caracas sobre la Salud del Niño, sancionada en 1948 en el IX Congreso Panamericano del Niño. Dicho documento, que retomaba lineamientos de la

Declaración de los Derechos del Niño adoptada en 1925 por la Sociedad de las Naciones y del Código del Niño del Uruguay, promulgado en 1934 (Birn, 2007), fue elaborado en conjunto por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (IIAPI), la Oficina Sanitaria Panamericana y el *Children's Bureau* de los Estados Unidos y establecía la necesidad de tomar las medidas necesarias para

asegurar a todo niño de las Américas, cualquiera sea su raza, color o credo, las mejores condiciones de salud, basadas en una higiene general adecuada, buena vivienda, sol, aire, limpieza y abrigos necesarios con el objeto de que pueda aprovechar todas las oportunidades que le permitan desarrollar una vida sana, feliz y en paz (“Declaración de Caracas sobre la Salud del Niño”, 1948, p. 70).

Esto implicaba, entre otras cosas, intensificar y ampliar la enseñanza de la puericultura y de la pediatría e integrar la higiene mental a los programas de protección infantil. Desde el punto de vista de la concepción del desarrollo, tras el horizonte de una vida feliz se situaba un ideario que ya no solo perseguía la supervivencia del niño y su buen desarrollo físico sino, por sobre todo, la realización plena de sus potencialidades y el desarrollo armónico de su personalidad. La elaboración de este documento se acompañó de toda una serie de acciones impulsadas por el IIAPI que buscaron difundirlo y alentar a todos los países de América a realizar estudios sobre el estado de salud de su población infantil (Escardó y Anaya, 1950). En el caso de la Argentina, la reforma de la Constitución en 1949 y los Planes de Gobierno situaron a la salud de las mujeres y de los niños bajo responsabilidad del Estado,³⁹ y en 1951 se ratificó

³⁹ De acuerdo con el texto de la Constitución Nacional de 1949 (Apartado II, Capítulo II, art. 4), la atención y asistencia de la madre y del niño gozarían de especial y privilegiada consideración por parte del Estado. En consecuencia, las políticas del primer peronismo apuntaron a promover la nupcialidad a través de subsidios, préstamos por casamiento, incremento del salario familiar y adjudicación de viviendas. Conjuntamente con esto, se buscó aumentar la natalidad por medio de los planes materno-infantiles, la represión del aborto y el estímulo económico mediante subsidios (Cosse, 2006; Franco & Pulido, 1997; Valobra, 2005).

formalmente la adhesión a la Declaración de Caracas a través de una resolución firmada por el ministro de Salud Pública (Carrillo, 1951).

El “movimiento psicosomático” y la pediatría

Hasta aquí hemos intentado dar cuenta de algunos aspectos del contexto sociopolítico y cultural que contribuyeron decisivamente en la reorientación psicológica de la pediatría y su aproximación a la perspectiva psicosomática, que en los años de posguerra cobró particular fuerza y se extendió por diversos países. Los comienzos de esta corriente se remontan en verdad al siglo XIX, cuando el término *psicosomática* fue introducido por el psiquiatra alemán J. C. Heinroth (Álvarez Romero, 2013). En Francia, algunos de los representantes de la escuela de París (Cabanis, Pinel, Corvisart, Trousseau, entre otros) reflexionaron acerca de numerosas enfermedades psicosomáticas, y en Gran Bretaña y en los Estados Unidos especialistas como Hack Tuke, Putnam y Prince se ocuparon de la incidencia de la mente y las emociones sobre lo somático (Ackerknecht, 2004) en el marco de cierto auge de una corriente médico-psicológica que postulaba la influencia del alma sobre el cuerpo (Swain, 1994). Sin embargo, y aun cuando estos antecedentes no permiten establecer una discontinuidad absoluta entre la medicina del siglo XIX y su sucesora, suele afirmarse que el “movimiento psicosomático” (Wittkower, 1974) surgió en Alemania y Austria entre la segunda y la tercera década del siglo XX, como una reacción frente a la medicina mecanicista del siglo XIX. Ésta interpretaba la enfermedad en términos netamente biológicos y, en consecuencia, concebía la terapéutica clínica como una mera aplicación de la fisiopatología científico-natural y de la farmacología. La medicina psicosomática, por el contrario, se habría caracterizado por proponer un enfoque integral y dinámico que pretendía abolir la distinción entre mente y cuerpo.

Pensar la patología en términos psicosomáticos consistía básicamente en dos cuestiones: considerar tanto el aspecto somático como el aspecto psíquico de la enfermedad y explorar la enfermedad (su génesis, presentación y significación) desde el punto de vista de la condición personal del enfermo (Lain Entralgo, 1950). Puede suponerse que este punto cobraba especial resonancia para la pediatría a la luz del clima de ideas que ponía en agenda la necesidad de considerar al niño como un sujeto de derechos único e irrepetible, cuya estructuración psicofísica estaba sujeta a las vicisitudes del vínculo con su entorno.

En virtud del rol atribuido a las emociones en la enfermedad, el psicoanálisis ocupó un sitio destacado en la consolidación de una medicina occidental antropológica, de mirada integral y humanista (Lain Entralgo, 1950).⁴⁰ Como ha mostrado Borinsky (2009, 2010), pediatras como Arnaldo Rascovsky no dudaban en afirmar el carácter revolucionario de la doctrina freudiana al propiciar el desarrollo de un enfoque pleno de promesas en la comprensión del ser humano y en la terapéutica de las enfermedades crónicas y “contemporáneas”. Cabe aclarar no obstante que el término “medicina psicosomática” no aparece en la obra de Freud, sino que la elaboración de conceptos psicosomáticos basados en la teoría psicoanalítica fue obra de algunos de sus discípulos, tales como S. Ferenczi y F. Deustch (Wittkower, 1974).

Si bien el psicoanálisis dio un impulso decisivo a la medicina psicosomática, ésta reconoce asimismo influencias no psicoanalíticas en la psicobiología del psiquiatra

⁴⁰ A la influencia determinante del psicoanálisis pueden sumarse asimismo los desarrollos de la llamada “Escuela de Heidelberg” o “medicina antropológica alemana” (representada, entre otros, por Ludolf Von Krehl y Viktor Von Weizsäcker) que amalgamaba la fisiología como fundamento de la medicina con la clínica y la reflexión filosófica (Lolas Stepke, 2008). Este diálogo fluido entre filosofía y medicina en Alemania se produjo en las primeras décadas del siglo XX y dio lugar a un enfoque en el que confluyeron la filosofía vitalista de Nietzsche y Dilthey, la antropología de Max Scheler, el psicoanálisis freudiano y la filosofía de la existencia de Heidegger (Russo, 2010). En este marco puede mencionarse el comienzo de la “patología biográfica” de la mano de Von Weizsäcker, cuya propuesta era comprender la génesis y configuración de la enfermedad desde el punto de vista de su sentido en la biografía del enfermo. En base a los aportes del psicoanálisis, la escuela de Heidelberg postuló una reforma de la medicina interna académica para removerla de su lugar de subordinación al canon de las ciencias naturales.

norteamericano Adolf Meyer y en la obra de dos fisiólogos, el ruso Ivan Pavlov y el estadounidense Walter Cannon. Las exploraciones pavlovianas del reflejo condicionado ofrecieron herramientas para inducir estrés y efectuar mediciones de las emociones como su correlato. Cannon, por su parte, a través del estudio del sistema nervioso neurovegetativo planteó que las emociones podían provocar cambios importantes en el cuerpo, desencadenando, por ejemplo, reacciones de lucha en situaciones que evocaran miedo o ira (Wittkower, 1974). En suma, el campo de la medicina psicosomática abarcó una amplia gama de referencias teóricas, que iba desde el psicoanálisis hasta la neurofisiología, pasando por el conductismo y la psicología de la Gestalt (Mizrachi, 2001).⁴¹

Durante y después de la Segunda Guerra Mundial, el centro de producción de la medicina psicosomática se trasladó progresivamente de Europa a los Estados Unidos, donde tuvo un considerable desarrollo a partir de la labor de psicoanalistas europeos que emigraron a dicho país, como Franz Alexander, y de médicos estadounidenses entre los que se destacan Helen Flanders Dunbar y Karl Menninger. Según Nathan Hale (1995), la medicina psicosomática contribuyó a consolidar el perfil distintivo del psicoanálisis en los Estados Unidos, caracterizado por su amplia recepción en el ámbito médico. El movimiento cobró mayor amplitud a partir de la edición de la revista *Psychosomatic Medicine*, que se publicó desde 1939, y de la creación de la *American Society for Research in Psychosomatic Problems* (Mizrachi, 2001). Asimismo, los planes de estudio de las principales universidades norteamericanas incrementaron las horas de formación en psiquiatría y psicología, proponiendo incluso enfocar toda la enseñanza de

⁴¹ En su análisis del surgimiento de la revista *Psychosomatic Medicine* en los Estados Unidos, Mizrachi (2001) sostiene que la estandarización y formalización del conocimiento en el área –claves para obtener legitimidad científica– se consiguieron manteniendo la multiplicidad de referencias teóricas, a partir de un cambio epistemológico: el pasaje de la causación a la correlación. El intento inicial de encontrar los mecanismos causales que vinculaban psiquis y soma fue reemplazado por modelos correlacionales que describían antes que explicar y que, paradójicamente, reinstalaban la fractura que los fundadores habían pretendido superar.

la medicina desde el punto de vista psicosomático. En América del Sur tampoco faltaron las iniciativas en ese sentido (Seguín, 1946), aunque como vimos, en el caso de la Argentina no gozaron del mismo impulso. Sin embargo, cabe destacar que, en los años inmediatamente posteriores a la creación de la Asociación Psicoanalítica Argentina, la llamada “Escuela de Chicago” encabezada por Franz Alexander, constituyó una de las primeras filiaciones teóricas de su grupo fundador (Dagfal, 2009).⁴²

Ahora bien, ¿qué elementos, más allá de los mencionados, contribuyeron a delinear el perfil psicosomático en pediatría? La respuesta esgrimida por los propios pediatras solía recurrir a ciertas características inherentes a su objeto de estudio. Así, Escardó (1951) afirmaba que la misión del médico no era estudiar al niño como un organismo en crecimiento y desarrollo sino estudiarlo como *portador* de un organismo en crecimiento y desarrollo puesto al servicio de la integración social de su persona. A diferencia de los animales, el ser humano poseía un espíritu que le otorgaba conciencia de sí mismo, capacidad de reflexión y libertad para modificar el medio. Y si para él, al igual que para el resto de los seres vivos, vivir era adaptarse al medio externo, su singularidad radicaba en que debía hacer lo propio con el medio interno, es decir, con su necesidad. En este punto Escardó (1949b) seguía al pedagogo y psicólogo suizo Édouard Claparède para mostrar que, en el intento por realizar sus sueños, el ser humano podía romper el equilibrio con el medio externo. Dos cuestiones se desprendían de lo anterior: por un lado, el organismo, en tanto parte de la naturaleza, podía ser modificado. Por otro lado, el espíritu –que conformaba con el organismo una unidad inextricable– era capaz de expresarse a través suyo. De allí se derivaba toda una serie de

⁴² Entre los fundadores de la APA se destaca la figura del pediatra Arnaldo Rascovsky, quien tuvo un rol protagónico en la difusión de la obra de Alexander a nivel local. En efecto, Rascovsky realizó traducciones de varios de los trabajos de Alexander, que se publicaron en la *Revista de Psicoanálisis*, creada en 1943, o bien como tomos de la *Biblioteca de Psicoanálisis* editada igualmente por la APA (Dagfal, 2009).

enfermedades psicógenas que no eran sino la traducción de un conflicto en la unidad biopsicosocial que representaba el niño.⁴³

Dado el origen emocional de los problemas psicosomáticos, la pediatría parecía ser especialmente apta para su estudio, toda vez que los factores emocionales eran más intensos en los niños y sus conflictos psíquicos tendían a expresarse por medio de sintomatología somática (Marcos, 1953). A su vez, la posibilidad de brindar tratamiento para ciertos cuadros sintomáticos en los primeros años de vida cobraba especial relevancia al darles solución en su etapa reversible y evitar su cronicidad. La medicina psicosomática delineaba así un nuevo orden de ideas en el cual la salud era en gran medida un problema de higiene mental. Este postulado –inserto en una arraigada tradición preventiva de la medicina infantil– condujo a Escardó a afirmar que no existía ninguna enfermedad que pudiera apoderarse del cuerpo sin el permiso de la mente (Escardó, 1954, p. 114).

1.3. La perspectiva psicosomática en la obra de Juan P. Garrahan y Florencio Escardó

1.3.1. Escardó y la “nueva pediatría”

En este apartado examinaremos el caso de Florencio Escardó, quien propuso cierta reorientación psicológica de la pediatría que le otorgaba un nivel de trascendencia que iba más allá de su aspecto puramente médico (Escardó, 1956d). La figura de Escardó se

⁴³ Una extensa nómina de cuadros respondían a este criterio: los vómitos matinales de los escolares, los vómitos periódicos con acetonemia, el falso crup, el terror nocturno, el sonambulismo, la audimudez, las dislalias, los tics, la onicofagia, las ritmias, la tos nocturna persistente, el espasmo del sollozo, las sudoraciones localizadas, diversas urticarias y enuresis, la encopresis y la inapetencia psíquica. Todos ellos, que de manera muy excepcional tenían una base orgánica, requerían el reajuste de la vida emocional del niño. Asimismo, existían ciertos trastornos de base orgánica, tales como el asma, la epilepsia, las convulsiones y la obesidad, en los cuales no podía desdeñarse el factor psicógeno y en donde la higiene psíquica tenía mayor importancia que la medicación.

destacó por su protagonismo en la escena pública y por impulsar múltiples acciones novedosas en diversos ámbitos: en el Hospital de Niños de Buenos Aires, trabajó durante más de tres décadas en pos de la implementación del dispositivo de internación conjunta del niño con su madre e impulsó la creación de la Residencia de Psicología Clínica. Asimismo, como Vicerrector de la UBA, logró que los dos colegios dependientes de dicha universidad (el Nacional Buenos Aires y el Carlos Pellegrini) adoptaran la enseñanza mixta, antes reservada solo a varones. Como médico pediatra publicó numerosos artículos y libros de la especialidad y emprendió asimismo una tarea de divulgación a través de libros, prensa escrita, radio y televisión.⁴⁴ En este dominio contó con la compañía de Eva Giberti (n. 1929), su tercera esposa, quien a fines de la década de 1950 introdujo en la Argentina el dispositivo de Escuela para Padres con el que había tomado contacto en Francia.

Escardó nació en Mendoza el 13 de agosto de 1904 y murió en Buenos Aires el 31 de agosto de 1992. Ingresó a la Facultad de Medicina en 1923 y en 1926 comenzó sus prácticas en el Hospital de Niños. Luego de su graduación, en 1929, ingresó como médico agregado a la Maternidad “Samuel Gache” del Hospital Rawson, donde permaneció hasta 1936. Entre 1934 y 1946 trabajó en el Hospital de Niños, donde desempeñó diversos cargos, hasta llegar a ser Subjefe del Servicio de Neurología y Endocrinología. En 1946 el neurólogo Aquiles Gareiso, Jefe del Servicio, fue apartado de su cargo por razones políticas, hecho que motivó la renuncia de Escardó. Afín al

⁴⁴ Escardó se destacó a su vez como escritor de poesía, cuentos y ensayos. Desde muy joven colaboró en el diario *Crítica* junto a Conrado Nalé Roxlo y Jorge Luis Borges. Posteriormente, desde las páginas de *Clarín*, *El Mundo*, *La Razón* y *La Nación*, publicó una serie de artículos humorísticos y de reflexión con los seudónimos “Juan de Garay” y luego “Piolín de Macramé”. Desde 1989 hasta su muerte presidió la Sociedad Argentina de Escritores. Fue autor asimismo de la letra de dos tangos (“¿En qué esquina te encuentro Buenos Aires?”, musicalizado por Héctor Stamponi y “La ciudad que conocí”, con música de Julio De Caro) y de un guión cinematográfico sobre la vida del Dr. Ricardo Gutiérrez (“La cuna vacía”, película estrenada en 1949) (Puga, 2002).

ideario socialista democrático,⁴⁵ en adelante se situó entre las filas de opositores al gobierno de Juan Domingo Perón. En este marco, desde las páginas de la revista *Servicio Bibliográfico "Roche"*, fue una de las voces que cuestionó el plan sanitario impulsado por el neurocirujano Ramón Carrillo (Ramacciotti, 2006).⁴⁶ Entre 1943 y 1946 fue Consultor de Neurología en el Instituto de Pediatría del Hospital de Clínicas, bajo la jefatura de Garrahan. Cuando éste renunció en 1946, Escardó también se apartó de la universidad, a la que regresaría luego del golpe militar de 1955.⁴⁷ En cuanto a su inserción académica, fue docente en la cátedra de Puericultura, Semiología y Clínica Propedéutica y en 1942 fue nombrado Profesor Adjunto de Clínica Pediátrica y Puericultura, cargo que sostuvo hasta 1946, cuando rechazó continuar en sus funciones. Durante los años siguientes, Escardó prosiguió la labor docente en su consultorio y en otros locales, tales como la sede de *La Semana Médica*, el Hospital Español, el Hospital Italiano, entre otros. A su vez, fue invitado para dictar cursos en las facultades de

⁴⁵ Escardó era liberal y profundamente anticlerical. Estuvo vinculado al Partido Socialista y trabó amistad con algunos de sus dirigentes, tales como Nicolás Repetto y Alfredo Palacios. Mientras permaneció con su segunda esposa, la escritora y militante Josefina Marpons, participó de un modo lateral en las actividades del partido y a fines de la década de 1950 se acercó a su ala liberal, liderada por Américo Ghioldi (Wasertreguer & Raizman, 2009).

⁴⁶ Las críticas de Escardó, así como las de otros medios periodísticos de la época, apuntaron fundamentalmente a las dificultades para otorgar servicios complementarios a la mera atención médica (radiología, cardiología, laboratorios, etc.), al limitado alcance territorial de la asistencia sanitaria, a la construcción de hospitales sin un previo relevamiento estadístico de las necesidades de la población y al carácter alarmista de las campañas de propaganda sanitaria. Sobre estas críticas y sus repercusiones, véase Ramacciotti, K. (2006). *Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949)*. En D. Lvovich y J. Suriano (Eds.), *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina, 1870-1952* (pp. 169-195). Buenos Aires: Prometeo Libros.

⁴⁷ En 1946, luego de la asunción de Perón como presidente, las universidades fueron intervenidas y sometidas a un proceso de cesantías con el fin de controlar su creciente politización. Esta intervención tuvo lugar en el marco de conflictos que, desde el golpe de Estado de 1943, enfrentaban a las universidades con el poder político-militar. Uno de los puntos álgidos de la confrontación de los intelectuales antiperonistas con el gobierno fue la sanción de la Ley 13.031, que no contemplaba el principio de autonomía universitaria (Buchbinder, 2005). A fines de 1946, en el marco de su participación en la Agrupación de Profesores Extraordinarios y Adjuntos de la Facultad de Medicina, Escardó tuvo a su cargo la redacción de un manifiesto en contra del proyecto de Ley Universitaria, sancionado finalmente en 1947. Dicho manifiesto reivindicaba la autonomía universitaria cuestionando el punto más polémico de la Ley, en virtud del cual el Poder Ejecutivo tenía la potestad de designar a los Profesores. En la carta que respondía al aviso de confirmación en el cargo de Profesor Adjunto de Clínica Pediátrica y Puericultura, Escardó manifestaba su rechazo a dicha confirmación, que se producía "cuando se separa, sin la más elemental forma de sumario, a profesores que honran la ciencia y la cultura, y cuando se dictan medidas que entrañan verdaderas amenazas a los profesores en su carácter de jueces examinadores, con lo que se determina el más grave menoscabo de la condición docente" (Escardó, 1956a, p. 8).

medicina de Montevideo, Río de Janeiro, Porto Alegre, La Habana, Lima y Medellín. A fines de 1955 fue restituido a sus cargos de Subjefe en el Hospital de Niños y de Profesor Adjunto en la UBA. Asimismo, fue nombrado Profesor Titular interino de Psicología en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP (Escardó, 1951, 1956a). En 1957 se lo designó Decano de la Facultad de Medicina de la UBA y en 1959 fue nombrado Vicerrector de dicha casa de estudios.⁴⁸

En los comienzos de su carrera, el perfil de Escardó y su producción en el campo de la puericultura se mantuvieron apegados a los clásicos temas de higiene y eugenesia, fuertemente instalados en la agenda médica de esos años. Sin embargo, ya desde esa época se destacó su interés por temas y autores de la psicología (Rustoyburu, 2012). Desde la década del cuarenta, dicho interés se profundizó, principalmente a raíz de la importancia que cobraban los saberes “psi” en la orientación psicosomática. Al igual en el caso de Garrahan, la medicina psicosomática tuvo un rol destacado en su acercamiento a la psicología, a punto tal que denominó “pediatría psicosomática” al enfoque por él propuesto.

En los primeros textos que vinculaban medicina y psicología aparece ya una idea rectora en el pensamiento del autor, que tendría un peso considerable en el desarrollo de la “nueva pediatría” que impulsó en los años cincuenta: el aporte de la psicología no era una mera añadidura al enfoque médico; se trataba, por el contrario, de “una panorámica distinta, una exigencia amplificadora e impostergable en el estado actual del

⁴⁸ Fiel al espíritu de renovación que caracterizó a buena parte de los profesores y estudiantes universitarios en el período posperonista, su discurso al tomar posesión del cargo calificó la tarea que le había sido delegada en términos de “echar las bases de un nuevo mundo (...) hacer que en el plano médico la realidad del país sea penetrada por la realidad de nuestro tiempo” (“El doctor Florencio Escardó es designado decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires,” 1957, p. 908).

Para una reseña sobre el período abierto en 1955 en la Universidad de Buenos Aires a partir de la recopilación de testimonios de algunos de sus protagonistas, véase Rotunno, C., & Díaz de Guijarro, E. (Comps.). (2003). *La construcción de lo posible: la Universidad de Buenos Aires de 1955 a 1966*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

conocimiento” (Escardó, 1947, p. 74). En conexión con esto, la medicina psicosomática vehiculizaba otra de las ideas vertebradoras de su pensamiento: retomar la tradición humanista al plantear una perspectiva integradora de la pediatría. Bajo esta mirada, perseguir a la enfermedad sin enfermo configuraba “una posición mental absurda” (Escardó, 1954, p. 88). De allí que estuviera presente en la producción del autor cierta crítica a la especialización médica y a la mirada fragmentaria que de ella se desprendía, llegando a afirmar que un especialista era “casi sin excepción, un técnico que no ha podido llegar a ser Médico” (Escardó, 1954, p. 109).

El cuestionamiento de la separación psique-soma a la luz de la neurología

Si bien, como mencionamos, Escardó llegó a la psicología a través de la medicina psicosomática lo hizo a partir de un recorrido diferente al de otros pediatras tales como Arnaldo Rascovsky, quien fuera durante varios años colega suyo y compañero en el Servicio de Neurología y Endocrinología del Hospital de Niños. En el caso de Escardó, fue la neurología la que le permitió descubrir el “psicosomatismo infantil” (Borinsky, 2009). A la luz de la idea de una unidad psicobiológica, buscó en la neurología y en los principios establecidos por John Hughlings Jackson (1835-1911)⁴⁹ un ejemplo concreto que le permitiera demostrar la síntesis que salvaría a la medicina de sostener esa dicotomía “ilegítima” (Escardó, 1949a, p. 400). A tal fin, el pediatra encontraba en la emoción la prueba psicosomática y la clave para acceder a una etapa de la vida en la cual la unidad psicofísica se dejaba ver de un modo directo. Pero, a diferencia del niño mayor y del adulto, en el lactante las reacciones vegetativas que acompañaban a las emociones eran netamente fisiológicas y se asociaban al nervio vago. La maduración de

⁴⁹ Jackson ha sido considerado uno de los padres de la neurología inglesa. Su clásico estudio sobre las convulsiones fue de enorme relevancia en el campo de las investigaciones sobre epilepsia. Realizó asimismo importantes aportes a la neurobiología evolutiva, a la metodología del examen neurológico, a la neurooftalmología y a localización cerebral del lenguaje (Covo, 2006).

abajo hacia arriba de los tres segmentos de dicho nervio (sacro, abdominal y cráneocervical), permitía evaluar ciertas reacciones típicas del lactante como modos de expresión somática de los primeros conflictos del niño con su ambiente. Así Escardó explicaba, por ejemplo, la reacción miccional durante el examen médico que resultaba ser mucho más frecuente en niños neuropáticos y que no se explicaba completamente como una respuesta al frío, o bien el vaciamiento del intestino durante la alimentación a pecho, que ponía de manifiesto una situación placentera canalizada por la vía sacra del Sistema Parasimpático. Más tarde, los vómitos matinales de los escolares representaban de manera muy clara la involución a un nivel inferior de expresión somática de los conflictos psíquicos. La neurología jacksoniana no sólo le permitía entender la irrupción de este tipo de síntomas en la segunda infancia en términos de involución (Escardó, 1943), sino que ponía de manifiesto el carácter automático y simple de las vías de expresión a través de las cuales el niño canalizaba los conflictos en los primeros tramos de su vida. Esto explicaba que los medios de traducción patográfica con los que contaba fueran más indiferenciados a menor edad, de suerte tal que el menor de los trastornos comprometiera al conjunto de su persona orgánica (Escardó, 1956d). En virtud de este carácter indivisible del ser humano con respecto a sus emociones, Escardó no vacilaba en considerar a la pediatría como la primera medicina psicosomática.

En suma, puede afirmarse que el acercamiento de Escardó a la psicología se realizó en el marco de su interés por la neurología. En efecto, tal como veremos en el próximo capítulo, en la década del treinta Escardó y su maestro Aquiles Gareiso impulsaron el concepto de “preocupación neurológica”, entendido como la necesidad de que los pediatras se interesaran por la neurología incorporando a su práctica el control del desarrollo neuropsíquico (Gareiso & Escardó, 1936). Bajo esta mirada, los problemas psiconeurológicos eran leídos en un plano eminentemente biológico. En los

años siguientes la postura del autor se modificaría en dirección a una mayor importancia atribuida a la dimensión psicosocial, lo cual se tradujo en crecientes referencias a autores del campo “psi”. Así, siguiendo a René Spitz, Escardó planteaba que la organización psicológica se diferenciaba del conjunto somato-psíquico durante los primeros seis meses de vida, hecho que explicaba las dificultades diagnósticas frente a síntomas genéricos como el vómito o la diarrea. Sin embargo, y aunque resultara paradójico, todo lo indiferenciado del niño como organismo tenía como contrapartida una alta diferenciación como persona con una ubicación específica en el conjunto familiar. Y era justamente en esa situación familiar en la que se hallaba el origen de las expresiones somáticas de los conflictos psíquicos:

A poco que se mire se cae en la cuenta que el niño sumergido en un medio constantemente inadecuado, expresa sus tensiones por el vector más maduro en cada etapa de su maduración. Es bien curioso que los [pediatras] clásicos, que se muestran con frecuencia tan finos observadores, hayan preferido ver el factor constante en una modalidad “constitucional” genéticamente alterada, que en la constancia de una situación etiológica irresuelta (Escardó, 1956b, p. 151).

Al registro de cierta dimensión psicológica ligada a las emociones el autor añadía una nueva arista, en virtud de la cual “lo psicológico” era planteado asimismo en términos de relaciones interpersonales que involucraban afecto. Como veremos en el próximo apartado, a mediados de la década del cincuenta Escardó formalizó el concepto de “enfermedades de la familia”, que implicaba, entre otras cosas, aceptar la idea de que el niño formaba con su madre un sistema cerrado en el cual se satisfacían las necesidades físicas y afectivas en los primeros tramos de la vida (Escardó, 1956b). Este supuesto, que el autor tomaba de C. G. Jung, podría pensarse como heredero de la noción de “binomio madre-hijo” tan cara a la pediatría clásica y establecía que el

psiquismo infantil era un elemento de la atmósfera espiritual de los padres. Sin embargo, rápidamente el pediatra reformulaba esta premisa en términos neurológicos al afirmar que mientras el niño adquiría la dotación neuronal que le permitiría relacionarse con otros seres (vía el desarrollo de la corteza cerebral), tenía lugar una simbiosis transitoria durante la cual vivía y actuaba con el neo-cortex de su madre. En este marco, la autonomía del nuevo ser quedaba sujeta a la adquisición neuronal y a la renuncia a usufructuar la corteza materna, proceso que no era sin conflicto y que podía incluir situaciones traumáticas. Por eso era de vital importancia enfocarse no tanto en el niño sino en el sistema social del cual formaba parte, puesto que en no pocas presentaciones clínicas el síntoma era la expresión de un trastorno en el funcionamiento familiar.

Vemos entonces de qué modo el análisis que el autor hacía sobre las manifestaciones psicosomáticas y, en última instancia, sobre el desarrollo infantil conservaba una base neurológica, lo cual posibilitaba sostener el anclaje orgánico y, con él, los tradicionales estandartes médicos de la objetividad y la rigurosidad. Esta base neurológica de la pediatría, sumada a su apertura hacia la dimensión psicológica, ponía sobre el tapete el problema de la delimitación entre pediatría, neurología y psiquiatría. Durante el período analizado, la postura Escardó al respecto mantuvo a la pediatría en una posición de mayor relevancia (Escardó, 1953b, 1953c). En este punto es preciso subrayar que para el autor el estudio de la patología nerviosa debía realizarse desde la pediatría y no desde la neurología. Dada la conexión existente entre la evolución neurológica y el resto de la maduración del organismo –cuyo control correspondía al pediatra– Escardó mantenía cierta primacía de la medicina infantil al afirmar que solo se podía llegar a ser neuropediatra por el camino de la pediatría (es decir, a partir de un acabado conocimiento del niño) y no por el camino de la neurología. La psiquiatría, por su parte, había comprobado –al igual que la neurología– que los procesos del adulto

eran etapas tardías de alteraciones comenzadas en la infancia. En consecuencia, su atención se había dirigido hacia el estudio del alma infantil y la higiene mental del niño. Y eran estas precisamente las actividades que, ante todo, debían asumir los pediatras, quienes tenían la oportunidad de reconocer precozmente los trastornos.

Recurriendo a una metáfora farmacológica, Escardó sostenía que la neurología y la psiquiatría encontraban su “excipiente mental”⁵⁰ en la pediatría entendida como la medicina preventiva, correctiva, conductiva y curativa del niño considerado un ente biosicosocial [*sic.*] o sea como la medicina del grupo social funcionante en que el niño está incluido y en el que debe encontrar el máximo de seguridad, con el máximo de integración y el máximo de libertad (Escardó, 1953c, p. 185).

Como ha señalado Marcela Borinsky (2009) la postura de Escardó frente a la neurología y la psiquiatría le permitía no desvincularlas de la pediatría y poner freno a un potencial avance de la psicología por fuera de la mirada y el control del pediatra.⁵¹ Su preocupación, en definitiva, parecía ser la tendencia de la pediatría a restringir sus alcances transfiriendo a grupos no pediátricos sus propias obligaciones:

La derivación del estudio de los problemas de conducta a subespecialistas que a veces no son médicos, constituye una capital mutilación de la pediatría; si en la terapéutica el pediatra puede recurrir a un psicopedagogo, en el diagnóstico y en el planteo tiene que bastarse a sí mismo, porque, no está de más repetirlo, la psiquis del niño no es una sección de su ser sino su excipiente esencial. El nuevo pediatra tiene que saber interpretar las descargas emocionales del lactante (...) mediante el conocimiento de una precisa semiología del sistema neurovegetativo tan fácil de adquirir como ausente en los textos (Escardó, 1951, p. 98).

⁵⁰ Excipiente: sustancia inerte que se mezcla con los medicamentos para darles consistencia, forma, sabor u otras cualidades que faciliten su dosificación y uso. Fuente: Real Academia Española (www.rae.es).

⁵¹ Las consideraciones de Escardó sobre los aportes de la psicología se modificaron hacia mediados de la década del sesenta. Al respecto, véase Escardó, F. (1965). La enseñanza de la psicología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 11(3), 284–292.

La “actitud psicosomatista” y la superación de la pediatría organicista

Nuestros nietos se burlarán de que nosotros hayamos podido considerar a la “mente” como una entidad mística que irradia de algunas células cerebrales. Entretanto seguiremos hablando de psiquis y soma como seguimos diciendo que el sol sale o se pone a pesar de saber que es la tierra la que se mueve (Escardó, 1949a, p. 400).

Hasta aquí vimos de qué modo la perspectiva neurológica se mantuvo presente en el pensamiento de Escardó, incluso cuando su proyecto de una “nueva pediatría” de base psicológica había sido delineado. Si bien esto contribuye a matizar una posible interpretación en términos de relevamiento de la “preocupación neurológica” por la “preocupación psicológica”, justo es reconocer que la concepción de Escardó mostró, desde la segunda mitad del siglo pasado, una franca apertura hacia la dimensión psicosocial, reclamando su análisis como un factor ineludible. Esto repercutió en la importancia concedida a la psicología y sus métodos de evaluación y se plasmó en acciones concretas como la creación de la primera residencia en Psicología Médica Infantil del país, que comenzó a funcionar en 1966 en la Sala 17 y obtuvo reconocimiento oficial al año siguiente (Wasertreguer & Raizman, 2009). Hacia el final del período estudiado Escardó sostenía que la noción de la persona como una totalidad psicofísica estaba regida por una serie de procesos que, si bien eran neurofisiológicos, sólo podían ser estudiados en todo su alcance por métodos psicológicos (Escardó & Giberti, 1965). En pleno auge del movimiento de salud mental y de la idea de que el bienestar emocional estaba condicionado por la capacidad de establecer relaciones armoniosas con el entorno (Escardó & Giberti, 1961), los saberes psicológicos ganaban terreno y cobraban especial valor al momento de indagar el desarrollo infantil. Así, en 1959, el autor afirmaría que el desconocimiento de la psicología infantil determinaba “monstruosas mutilaciones de orden práctico”, que aludían a un tratamiento morfológico, mecanicista y polifarmacéutico de trastornos cuyo origen “nada tenía de orgánico” (Pichon-Rivière et al., 1959, p. 253). De a poco, parecía instalarse entre los

médicos una “actitud psicologista” (Escardó, 1956b, p. 147) que, frente a ciertos síntomas, promovía la derivación a un psicólogo o psicopedagogo con la misma determinación con que antes se derivaba al otorrinolaringólogo a cualquier niño con amígdalas grandes.

En 1951 publicó *La pediatría medicina del Hombre. Diez capítulos para un pediatra joven*. En un contexto marcado por su alejamiento del hospital y de la universidad, el intercambio con sus jóvenes discípulos a quienes impartía clases en su consultorio le había dado la oportunidad de vislumbrar “las apetencias, sedes y requerimientos de la nueva generación frente a la modernidad y a la actualidad de la medicina infantil” (Escardó, 1951, p. 13). En su texto, Escardó señalaba que el cambio epistemológico de la pediatría no consistía tanto en un enriquecimiento de potencialidades, cuanto en una renovación de su problemática, es decir, en plantearse objetivos radicalmente distintos frente al niño. Ahora bien, ¿en qué consistía esa renovación? ¿Cuáles eran los “nuevos objetivos”? La propuesta de Escardó tomó forma definitiva en los años siguientes bajo lo que denominaría “pediatría psicosomática”, fruto de una “revolución ideológica” motivada por el psicoanálisis y el enfoque psicosomático en medicina (Escardó, 1956c, p. 7). Se trataba de una nueva manera de entender la práctica médica que partía de considerar al niño como organismo en situación cuyos actos vitales eran inextricablemente somato-psíquicos, psico-emocionales y psico-sociales (Escardó, 1957a). Esta línea de reflexión se apoyó fundamentalmente en la obra de representantes de la medicina psicosomática tales como el médico británico James Lorimer Halliday, el psicoanalista alemán Alexander Mitscherlich, el médico español Juan Rof Carballo y la médica estadounidense Helen Flanders Dunbar.⁵²

⁵² Podría establecerse en este punto una diferencia entre el campo pediátrico y otros receptores locales de la medicina psicosomática, tales como los miembros de la APA, que en la década del cincuenta habían

La renovación de la medicina infantil se producía para Escardó en el marco de un cambio en el pensamiento científico en general. Al respecto, el pediatra se apoyaba en *La nueva visión del mundo*, volumen que recopilaba diez conferencias organizadas por el Instituto de Altos Estudios Económicos de Sankt Gallen (Suiza), entre fines de 1950 y comienzos de 1951, y publicado en Buenos Aires por Editorial Sudamericana a mediados de 1954. A pocos años del fin de la Segunda Guerra Mundial, las disertaciones allí reunidas coincidían en señalar el surgimiento de una nueva cultura en el marco de una renovación espiritual de Occidente. En esa dirección, las conferencias versaban sobre las ciencias de la naturaleza y del espíritu, y todas ellas destacaban la superación del problema de lo trascendente, el escepticismo frente a un racionalismo demasiado seguro de sí mismo y la humildad ante la limitación del saber y del conocer humanos:

El abandono de los puntos de vista del determinismo materialista, del estrecho pensamiento de lo mecánico y causal, cosa que sobre todo se manifiesta en la moderna física, nos lleva a concluir una transformación radical en la posición general del hombre frente al mundo. (...) Cada vez más perceptible hácese la tendencia a una consideración universal de las cosas y a una superación de la íntima escisión de nuestra imagen actual del mundo, únicamente posible a un pensamiento dualista fundado unilateralmente en lo racional (Naegeli, 1956, p. 10).

Eran precisamente estos señalamientos los que el enfoque psicosomático hacía suyos, para proponer una visión integrada y superadora del ser humano y sus padecimientos. Al respecto, Escardó se hacía eco de los planteos de Mitscherlich (1956), cuya conferencia giraba en torno a la idea de que lo psíquico era condición de

dejado atrás estas referencias sustituyéndolas por el psicoanálisis kleiniano. Al respecto, es interesante señalar que Escardó valoraba el aporte de Melanie Klein, aunque destacaba su estrecha ortodoxia (Escardó, 1949b).

estabilidad fisiológica, una energía de regulación en el cuerpo capaz de determinar procesos orgánicos. Así, la imagen del hombre vigente hasta el momento –que le permitía a la medicina afirmar que toda enfermedad era un fenómeno biológico primario– se desmoronaba y perdía vigor. La concepción de Mitscherlich llegaba, sin embargo, más lejos que la de Escardó, en la medida en que cuestionaba el paralelismo neuropsíquico de un modo más radical. Mientras el psicoanalista alemán sostenía que no era posible aprehender lo psíquico reduciéndolo a funciones orgánicas y que muchas las teorías que intentaban explicar cómo lo psíquico surgía de lo somático eran en realidad “fantasías de la investigación revestidas con ropaje verbal” (Mitscherlich, 1956, p. 113), Escardó mantuvo, como vimos, una postura de base neurofisiológica.⁵³ Pero, más allá de estas diferencias, lo cierto es que el psicopatismo incitaba al médico a tener en cuenta una serie de factores que nada tenían de novedoso, pero que debían ser observados con una nueva mirada, capaz de advertir que la psiquis también formaba parte del individuo y que con él se alteraba. Y los síntomas, bajo esta mirada, debían ser entendidos como un “modus vivendi” singular con la situación de conflicto:

el psicopatismo trae una pregunta nueva para una respuesta que existía hace tiempo. La clásica anamnesis nos enseña en la inquisición de los síntomas tres interrogaciones típicas: *¿cuándo? ¿dónde? y ¿cómo?*; hoy se hace preciso añadir otras no menos intencionadas: *¿quién? y ¿por qué?* (Escardó, 1949a, p. 398, en cursiva en el original).

Cabe subrayar nuevamente que el sello distintivo de esta etapa de la obra de Escardó fue el lugar que le otorgó a la familia como conjunto biopsicosocial y al niño como parte y expresión de ese conjunto (Escardó, 1956b). Esto se tradujo en una mirada singular y novedosa, que reunió aportes de la sociología, la antropología cultural, la psicología y el psicoanálisis y situó al pediatra como médico del niño y de su familia.

⁵³ Al respecto véase además el capítulo dos de esta tesis.

En esos años el autor focalizó su atención en la variable social, que buscó incorporar al enfoque psicosomático. Es probable que posturas como la de Rof Carballo –pionero de la psicosomática en España y uno de los referentes de Escardó– contribuyeran a delinear ese interés. En efecto, el médico español destacaba la importancia de abordar al paciente como alguien inmerso en una red de conexiones psicosociales cuya matriz originaria y posibilitadora era la *urdimbre*, noción clave en su abordaje médico-antropológico (Álvarez Romero, 2013; Russo, 2010). El planteo de Escardó seguía a su vez los pasos de un movimiento de ideas en torno a lo “psicosocial” que, desde diversos campos disciplinares, surgió en el período de entreguerras. Los diferentes pensadores enmarcados en esta corriente⁵⁴ restablecían la continuidad entre individuo y sociedad poniendo de relevancia que la personalidad individual era en cierto modo producto de la organización colectiva (Hayward, 2012). En este marco Escardó subrayaba la particularidad del ser humano que, a diferencia de los animales, requería para su supervivencia de una organización social ya constituida antes de su nacimiento, cuya función era protegerlo y guiarlo. Esa estructura era la familia, fundamentalmente la madre. En 1954, Escardó publicó *Anatomía de la familia*, obra que giraba en torno al concepto de “enfermedades de la familia”. El autor conceptualizaba a la familia como sistema biopsicosocial cuya descripción recuperaba la metáfora biológica de un organismo vivo con una actividad elástica, modificada de continuo en función del estado anímico de sus miembros.⁵⁵ Una noción clave en este punto era la de seguridad afectiva, que Escardó tomaba del psicoanalista austro-estadounidense René Spitz (1887-1974). Desde una perspectiva que abrevaba en la sociología funcionalista, sostenía que

⁵⁴ Entre los principales exponentes de esta orientación pueden mencionarse la psicoanalista Karen Horney, la antropóloga Margaret Mead, los biólogos Hans Seyle y Julian Huxley y el médico James L. Halliday (Hayward, 2012).

⁵⁵ Tal como ha señalado Florencia Macchioli (2010) esta concepción de sistema se aleja de aquella otra empleada en los años cincuenta por representantes del campo “psi” como E. Pichon-Rivière y J. Bleger, que planteaban la idea de familia como un sistema basado en el interjuego de asunción y adjudicación de roles.

la familia (principalmente la madre) tenía como función ofrecerle al niño esta seguridad, esencial para él en el trayecto que iba de un mundo de plena seguridad e irresponsabilidad (el mundo de los primeros meses de vida) a otro de inseguridad y responsabilidad, que se hallaba coronado con la recompensa de ser libre y autónomo. En virtud de la conexión entre emociones y enfermedades –hallazgo clave de la medicina psicosomática– Escardó planteaba que era en los primeros años de vida cuando ciertas situaciones emocionales podían convertirse en fuente de enfermedad, justamente a causa de la incapacidad del medio familiar para ofrecer la seguridad emocional suficiente para transitar las experiencias vitales (Escardó, 1956d). El planteo de Spitz acerca de las relaciones entre el cuadro clínico y la actitud psico-afectiva de la madre, marcaba para Escardó “un sistema de trabajo que es urgente seguir” (p. 157) y, en esa dirección, postulaba una serie de cuadros psicosomáticos y psicosociales de la infancia que iban desde el coma del recién nacido hasta la hostilidad y la agresión, pasando por la dispepsia transitoria (“cólico de los tres meses”) y la neuro-dermitis infantil (“eczema del lactante”). No nos ocuparemos de dar cuenta de los pormenores de esta clase de cuadros, pero sí interesa señalar que, en todos los casos, la causa se atribuía a ciertos rasgos de personalidad o conductas de la madre. Podía tratarse de su total y abierto rechazo a asumir la condición de madre, de su hostilidad, de su cambio de carácter o de la sobreprotección que ejercía sobre su hijo. En este punto es interesante notar que si bien el modelo psicosomático criticaba las explicaciones somáticas por deterministas, arribaba a la conclusión que era la madre la principal responsable por el cuadro que aquejaba a su hijo. Se mantenía así un determinismo de igual grado, que descansaba no obstante en cierta reformulación en clave vincular de la tesis del desencadenamiento desadaptativo propia de la higiene mental.

En el complejo sistema familiar, el pediatra, tal como lo concebía Escardó, se transformaba en intérprete, encauzador y abogado de los derechos del niño (Escardó, 1956c, p. 42). En un clima intelectual en el cual cobraban relevancia los derechos infantiles,⁵⁶ el pediatra argentino recuperaba el clásico argumento que veía en la niñez el germen de la humanidad futura y la etapa vital en la que se concentraban las máximas posibilidades del ser humano. En principio podía parecer que velar por los derechos de la infancia excedía las incumbencias y las obligaciones del médico para dar paso a pedagogos, psicólogos y sociólogos. Sin embargo, para Escardó no se trataba de una intromisión, sino de una respuesta obligada del médico frente a las demandas de la realidad. En efecto, como vimos anteriormente, la pediatría psicosomática mantenía la existencia en el niño de un intimismo funcional mucho más marcado que en el adulto, en virtud del cual cada uno de los actos vitales infantiles comportaba las dimensiones somática, emocional y social. Esta suerte de fusión entre lo orgánico, lo psíquico y lo social era el principio que ponía a salvo a la pediatría de perder su especificidad, al tiempo que legitimaba la ampliación de su campo y la incursión en materias como la psicología, que tradicionalmente no formaban parte de su agenda. Todo indica que Escardó buscaba integrar la pediatría a la medicina general, a la economía, a la psicología y a la sociología, y no tanto fragmentarse y separarse de las demás disciplinas. Prueba de ello es su opinión francamente contrapuesta a la creación de carreras universitarias de Pediatría, tal como ocurrió en algunos países europeos (Chattás et al., 1957).

Volvamos unos pasos atrás para retomar la tarea de integración que realizó Escardó. Como mencionamos, los postulados de la medicina psicosomática constituían

⁵⁶ Al respecto, es significativo que una de las obras más referenciadas tanto por Escardó como por Garrahan haya sido *Derechos del niño. Primeras necesidades psicológicas y su satisfacción*, de la psiquiatra estadounidense Margaret Ribble. El título de la obra muestra hasta qué punto, en la segunda mitad del siglo XX, la mirada experta adoptó una perspectiva “psicologizada” sobre los derechos de la infancia.

para él sólo un punto de partida. En efecto, la tesis de la totalidad del ser humano que sólo podía ser captada accediendo a sus vertientes somática y psíquica, representaba para el pediatra argentino un planteo insuficiente. Dicho enfoque debía completarse con la consideración de la vertiente social. La referencia más importante sobre el tema era el libro *Psychosocial Medicine* publicado en 1947 por J. L. Halliday (1897-1983), médico y psicoanalista escocés pionero en el desarrollo de la llamada “medicina psicosocial” en Glasgow en las décadas de 1930 y 1940.⁵⁷ Su enfoque epistemológico y metodológico se orientó hacia una medicina integrada, una suerte de híbrido entre los abordajes biomédico y psicosocial. Halliday integró asimismo los aportes de Alexander y Flanders Dunbar, que intentó maridar con una nueva medicina social basada en la epidemiología (Hayward, 2012). Así, propuso denominar a su enfoque “medicina psicosocial”, apta para el reconocimiento y estudio de las enfermedades de ciertas colectividades y grupos sociales (Halliday, 1961). El surgimiento de este modelo puede ser entendido en el marco de cierta cultura médica y de una serie de variables socioeconómicas propias de Europa occidental y Estados Unidos en el período de entreguerras, que en el caso de Glasgow se caracterizaron por el aumento del desempleo y la pobreza, con el consecuente debate sobre características y alcances de la provisión de servicios médicos. Asimismo, la perspectiva holista de Halliday no fue tributaria únicamente de la difusión de ideas psicológicas en el ámbito médico, sino que estuvo ligada además a las formas de entender y practicar la medicina propias de Glasgow, cuyos rasgos característicos fueron el anti reduccionismo y la primacía de la clínica (Hull, 2012).

En su texto, el médico escocés exponía una teoría ontogenética de las afecciones psicosomáticas, basada en la premisa de la existencia de tres etapas del desarrollo infantil, cada una de ellas caracterizada por una serie de impulsos particulares. Si en

⁵⁷ En la Argentina, el libro de Halliday fue publicado en 1961 por la editorial Eudeba, como parte de su colección “Temas”.

algún momento del desarrollo dichos impulsos eran frustrados, esa tensión emocional se dirigía hacia adentro en vez de proyectarse al exterior. Sobrevenía entonces angustia,⁵⁸ dificultades para desenvolverse apropiadamente en las etapas siguientes de la vida, perturbaciones de los sentimientos íntimos y, finalmente, predisposición a ciertas patologías (disfunciones gastrointestinales, espasmos bronquiales, hipertensión arterial, entre otras). Buena parte de esta interpretación descansaba en una crítica a la crianza “científica” de comienzos de siglo, que pautaba una estricta disciplina y un mínimo de intercambios afectivos entre el niño y su entorno (Halliday, 1961, pp. 118 y sigs.). En el cuarto capítulo de esta tesis nos ocuparemos de este tema. Por ahora, y a los fines de reconstruir el recorrido intelectual de Escardó, interesa señalar que el planteo de Halliday ponía en el centro de la escena a la familia y su capacidad de encauzar los impulsos infantiles como un elemento clave en las reflexiones médicas sobre la salud individual y colectiva. Sus tesis abonaban asimismo la crítica de Escardó a la medicina organicista, en la medida en que dejaban ver que las consecuencias de un medio adverso podían observarse aún en la adultez y eran responsables de la cronicidad de la enfermedad. En ese sentido, la actitud “contemplativa” del pediatra que afirmaba que ciertos cuadros pasarían con el tiempo no consideraba que, si las noxas ambientales se mantenían, el enfermo empeoraría, ya fuera condicionando la reacción hasta fijarla de manera crónica o bien adoptando otras formas de expresión de su conflicto. Según

⁵⁸ Halliday definía a la angustia como “la forma primitiva o infantil del miedo innominado que acompaña a toda amenaza de extinción o inutilización de uno mismo o de los objetos apreciados o amados” (Halliday, 1961, p. 99). En cuanto a los impulsos característicos de cada etapa, en la primera de ellas (0 a 6 meses) el niño mostraba deseos activos de recibir amor de su madre, tanto en forma de alimento como de calor y cuidados. En la segunda fase (6 a 36 meses) los impulsos se dirigían hacia el dominio agresivo de los objetos del mundo exterior, ya no sólo por vía oral sino a través del tacto y el manipuleo. Por su parte, la tercera fase (24 meses a 6 años) se acompañaba de una creciente organización de la corteza cerebral con la consecuente conciencia de yo y la capacidad de apreciar los fenómenos en términos témporo-espaciales. Los impulsos aquí constituían desarrollos de los de las fases anteriores, toda vez que se vinculaban con la necesidad de ser aprobado como persona (eco de la necesidad de amor de la primera fase) y de poseer a otras personas (del mismo modo que, en la segunda fase, el niño trataba de apoderarse de objetos).

Escardó, el médico que aseguraba “hay que esperar” “ha fabricado al enfermo y es responsable de su cronicidad” (Escardó, 1956b, p. 151).

Bajo estas premisas, la pediatría que proponía Escardó debía organizarse en base a una nueva semiografía y una nueva anamnesis. Los interrogatorios prolijos, detallados y desconectados de la realidad poco tenían para ofrecer. Por el contrario, la potencialidad se hallaba en la indagación orientada a establecer el “estilo de vida” o “clima vital” de la familia:

Es, por ejemplo, más importante saber si una madre es tensa, ansiosa, hipercrítica o sobreprotectora, que establecer si el niño tuvo el sarampión a los 4 ó a los 5 años; y más indicativo conocer si el niño va a la escuela sin que nadie lo acompañe, que determinar si está vacunado (...) El médico de niños que no es capaz de llegar a conocer de un modo suficiente cuál es la ubicación funcional de cada miembro de la familia con respecto al niño, está prácticamente incapacitado para resolver cuando menos la mitad de los problemas que le son sometidos; todo su esfuerzo debe tender de una manera decidida a comprender cómo vive el niño, partiendo de la premisa de que todo niño significa una “prueba funcional” del sistema en el que está engastado (Escardó, 1956b, p. 156).

En suma, en un contexto en el cual, como vimos, las posturas acerca de la necesidad de adoptar un enfoque médico integral se planteaban ya desde la década anterior, la lectura de Halliday le brindaba a Escardó un modelo de articulación entre la perspectiva psicosomática y los clásicos postulados de la medicina social acerca de la incidencia del medio en el desencadenamiento de la enfermedad. Asimismo, la “saliencia” de la familia como objeto de indagación e intervención experta en la Segunda Posguerra (Macchioli, 2010) constituyó sin dudas un suelo de base para las

reflexiones del pediatra argentino sobre la importancia en estudiar al niño en el marco del núcleo familiar.

Las críticas a la obra de Garrahan

Las relaciones entre pediatría y medicina psicosomática en la Argentina han sido exploradas fundamentalmente a través de la figura de Florencio Escardó, destacándose el carácter innovador de su propuesta. Sin embargo, la difusión de la corriente psicosomática en el campo pediátrico fue más amplia de lo que podría pensarse. En lo que sigue mostraremos que también Juan P. Garrahan dialogó con dicho enfoque y destacó su relevancia y su productividad frente a la pediatría clásica, si bien el volumen de su producción al respecto es considerablemente menor que el de Escardó. Este hecho cobra una relevancia mayor cuando se advierte que el propio Escardó afirmó en reiteradas ocasiones que Garrahan era una de las figuras representativas del tan denostado enfoque mecanicista, en el cual el interés económico y “la satisfacción del sadismo inconsciente” (Escardó, 1954, p. 91) sustentaban afirmaciones del estilo de “toda angina es amigdalectomía”.⁵⁹ Y si bien es cierto que sobre algunos tópicos las indicaciones de Garrahan se acercaban a la terapéutica más clásica, debe subrayarse que a lo largo de su carrera abogó por recuperar un “espíritu clínico” que aunaba “el saber, la experiencia y la sutil comprensión de lo individual” (J. P. Garrahan, 1962, p. 96) para seleccionar los recursos terapéuticos menos perjudiciales.

Más allá de las diferencias de estilo, parecen ser más los puntos en común que los desacuerdos entre ambos autores. Veamos un ejemplo. Escardó señalaba que los

⁵⁹ Este tipo de prácticas, al igual que las inyecciones, los supositorios, las gotas nasales, entre muchas otras, constituían formas de iatrogenia pediátrica. Es decir, se trataba de acciones nocivas impartidas desde el médico al enfermo, que no siempre mostraban ser útiles y cuyo sostenimiento se explicaba en gran parte por la satisfacción de tendencias agresivas inconscientes del adulto e incluso por la propiedad de operar como medios de venganza de los adultos por situaciones sufridas en su infancia. Por ese motivo Escardó recomendaba a cada médico realizar “un psicograma” a fin de conocer su situación anímica profunda frente al niño (Escardó, 1961, p. 7).

vómitos recurrentes siempre se presentaban sobre un fondo tensional que era necesario remover y se vinculaban con la situación irregular anómala o distorsionada del niño en el interjuego familiar. Al respecto, y refiriéndose a la séptima edición del texto *Medicina Infantil* de Garrahan, el autor señalaba:

El libro de Garrahan, que provee de infinitos documentos de pediatría mecanicista, dice de los “acetonémicos”: “algunos son dispépticos, sufren de entero-colitis membranosa o presentan manifestaciones mórbidas de las llamadas alérgicas y frecuentemente son de constitución nerviosa: delgados, pálidos, inapetentes, aunque pueden ser obesos”. Este párrafo merece ser destacado como típico de una jerga que nada significa (alérgicos, constitución nerviosa...) y que permite al autor pasar al lado del problema sin penetrar para nada en su esencia (Escardó, 1956b, p. 159).

Sin embargo, en 1955, es decir, un año antes, en su libro *La Salud del Hijo*, Garrahan afirmaba, en referencia a este mismo problema:

Algunas veces los médicos prescriben inútiles restricciones de alimentos, “medicamentos para el hígado”, antiespasmódicos, sin ningún resultado. Mejoran o curan tales niños cambiando el modo de tratarlos (...) y suministrándoles sedantes. No necesitan “tratamiento para su estómago”; necesitan cambiar su género de vida, vivir más tranquilos, sin excitaciones, sin ansiedades, sin que se los fuerce para comer o se los amenace, sin oír todo el día que se habla de sus vómitos, sin que quienes lo rodean se muestren preocupados porque vomitan (...) *Inapetencia, vómito y dolor de vientre*, constituyen un conjunto de síntomas frecuentemente asociados en los niños criados en el desorden o con exceso de mimos o ansiedad (J. P. Garrahan, 1955b, p. 469, en cursiva en el original).

Aun cuando Garrahan no abordara el problema de igual modo y con idéntico énfasis en la dimensión psicosocial, no parecía “pasar al lado” sin profundizar en los

determinantes causales de origen psicógeno. De hecho, y si bien sugería administrar sedantes y, de manera excepcional, acudir al recurso de mojar bruscamente la cara del niño con una esponja embebida en agua fría ante la inminencia del vómito (J. P. Garrahan, 1955b, p. 403), las recomendaciones del autor, al igual que las de Escardó, se dirigían primordialmente a la familia, con el fin de incidir en “el modo como trataban al niño” –en palabras de Garrahan– o “corregir errores en la mecánica psico-afectiva del medio familiar”, tal como postulaba Escardó. Antes que diferencias radicales, la postura de ambos pediatras muestra puntos en común que parecen confluir en esa suerte de matriz higiénica y preventiva tan característica de la medicina infantil.

Las afirmaciones de Escardó resultan aún más llamativas si consideramos que se referían a quien, como veremos, otorgó un impulso decisivo al desarrollo de los saberes y prácticas “psi” al interior de la Cátedra y subrayó la necesidad de que el pediatra contemplase al niño como unidad vital dominada por factores físicos, psíquicos y sociales. Asimismo, y según uno de sus ex alumnos, el interés de Garrahan por la psicología inspiró a Escardó y a otros pediatras que luego profundizaron en esos temas (Gravano, 2016). En uno de los pocos pasajes en los que Escardó contemplaba el acercamiento de su colega a la psicología lo caracterizaba en términos de una actitud “cautelosa y apenas cortés” (Escardó, 1956, p. 243) que distaba de renovar la problemática. Esta clase de observaciones parecen ser un intento de Escardó por destacar la originalidad de su “nueva pediatría”, de la cual buscaba afirmarse como el principal representante (Rustoyburu, 2011). Al respecto, los antecedentes presentados por Escardó (1956a) para optar por el cargo de Profesor Titular constituyen una valiosa fuente, puesto que allí el autor expone una serie de argumentos cuyo objetivo es persuadir al Decano Interventor sobre sus cualidades para ocupar el cargo. Al destacar los aportes de la escuela que se había conformado a partir de la reunión alrededor suyo

de un grupo de jóvenes médicos, Escardó no escatimaba esfuerzos en destacar su carácter novedoso y los ribetes cuasi heroicos que había implicado su gesta. El relato sobre los orígenes de esa “cuna del pensamiento pediátrico más evolucionado” subrayaba las dificultades experimentadas en el intento de abrirse camino en un contexto signado por reiteradas intimidaciones de parte del poder de turno, que llegaban hasta la frecuente intromisión policial en los ateneos de la facultad. En la pluma de Escardó, aquel espacio se había convertido en una suerte de refugio intelectual para aquellos que habían sido expulsados de las instituciones públicas durante el peronismo. Pero la gesta de la escuela no culminaba allí: era además la introductora en el medio local del enfoque psicosomático en pediatría, de la patología emocional y de la familia y de la incorporación de psiquiatras y psicopedagogos a la práctica pediátrica. Y esto no solo implicaba nutrirse de los aportes de los saberes “psi” sino además y sobre todo desmarcarse de la pediatría organicista. Siguiendo la lógica del campo científico basada en la idea de lucha por el dominio de la autoridad científica (Bourdieu, 2000), el planteo de Escardó puede pensarse como una estrategia destinada a irrumpir en el campo pediátrico en nombre de un enfoque novedoso, que en esos años disputaba la hegemonía en dicho campo.

Sin embargo, cabe intercalar además otro factor, que se sitúa más allá de la clara intención de Escardó por proyectarse en la escena pública y por mantener un perfil vanguardista en materia de teorías y prácticas médicas (Paoloca, 2013; Rinaldi, 2016). Hacia los años cincuenta, desacuerdos políticos y académicos lo enemistaron con Garrahan, quien fuera hasta ese momento uno de sus amigos más cercanos (de Asúa, 2016; Rinaldi, 2016). Las diferencias entre ambos abrieron un cisma en la pediatría argentina: tras ellos se encolumnaron sus discípulos y nunca volvieron a cruzar palabra (Rinaldi, 1992). Este hecho contribuiría a explicar la omisión deliberada de pasajes en

los que Garrahan considera los aspectos psicológicos, junto con las reiteradas críticas a su supuesto perfil mecanicista.

1.3.2. La psicología y el médico de niños en la obra de Garrahan

Juan Pedro Garrahan nació en Buenos Aires en 1893 y murió en dicha ciudad el 3 de abril de 1965, a los 72 años. Obtuvo su título de médico en 1915 con Diploma de Honor de la UBA. Comenzó a partir de allí una prolífica carrera profesional y académica, que lo colocaría entre los pediatras más destacados de la Argentina.⁶⁰ Garrahan formó a una gran cantidad de discípulos y escribió numerosos artículos y libros que contribuyeron a la formación de médicos de niños en diversos países de Latinoamérica.

Desde mediados de la década de 1920 hasta los años cuarenta trabajó en el Instituto de Maternidad (Prof. Peralta Ramos) del Hospital Bernardino Rivadavia. En 1942, a los 49 años, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA lo eligió, por casi unanimidad, para el cargo de Profesor Titular de la cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura y Director del Instituto de Pediatría con sede en la Sala VI del Hospital de Clínicas de la UBA (“Doctor Juan P. Garrahan: nuevo profesor titular de Clínica Pediátrica y Puericultura”, 1942). Fue autor del libro *Medicina infantil*, que se publicó en la década de 1920, tuvo numerosas reediciones y fue utilizado en la Argentina y en casi todo el mundo de habla hispana por estudiantes y médicos rurales (P. Garrahan, 2009). En noviembre de 1946 se retiró de la cátedra y del hospital por no estar garantizada la autonomía universitaria. Al respecto cabe señalar que si bien durante el primer peronismo se impulsaron diversas iniciativas tendientes a promover el desarrollo científico y tecnológico, el núcleo de las críticas por parte de quienes, como

⁶⁰ En 1979, la Secretaría de Salud Pública de la Nación resolvió que el Hospital Nacional de Pediatría, inaugurado finalmente en 1987, llevase su nombre. Más datos sobre la historia del Hospital se hallan disponibles en <http://www.garrahan.gov.ar/historia/historia>

Garrahan, se desempeñaban en el ámbito académico giró en torno a aquellas medidas que avanzaron sobre principios fundamentales de la Reforma Universitaria de 1918, tales como la autonomía y la participación estudiantil en el gobierno de las casas de altos estudios.⁶¹ A fines de 1952 la cátedra fue declarada vacante por decreto (J. P. Garrahan, 1962). A partir de ese momento y hasta 1955 desarrolló su actividad científica y docente en el ámbito privado: mantuvo reuniones semanales con sus colaboradores más cercanos, participó de mesas redondas en el Círculo Universitario de Avellaneda, dio conferencias en el Instituto Católico de Ciencias,⁶² entre otras numerosas actividades (J. P. Garrahan, 1956c). A fines de 1955, luego del golpe militar que derrocó al segundo gobierno de Perón, Garrahan se reincorporó a sus tareas en la cátedra y en el hospital (J. P. Garrahan, 1956a, 1956c). Tras su jubilación en 1958 fue contratado por el Hospital Alemán para organizar el servicio de pediatría, trabajo al que estuvo abocado durante los últimos años de su vida (P. Garrahan, 2009). Presidió además durante dos períodos la Sociedad Argentina de Pediatría y entre 1937 y 1947 dirigió *Archivos Argentinos de Pediatría*. Cabe destacar que en julio de 1944, durante su gestión al frente de la revista, comenzó a editarse una sección especial denominada “Psicología y Psiquiatría del Niño”, que contó en reiteradas ocasiones con artículos y reseñas de la psiquiatra Telma Reca y otros miembros del Centro de Psicología y

⁶¹ La posición de Garrahan en relación con los principios reformistas merece una aclaración. En 1921 publicó un artículo en el cual analizaba críticamente lo que consideraba defectos de la Reforma. Según Garrahan, en su afán de lograr equidad el movimiento de la Reforma había “fomentado la ‘politiquería’” (J. P. Garrahan, 1921, p. 1188) que condujo a una situación de “estudiantes versus profesores”. En su texto, argumentaba a favor del establecimiento de jerarquías “bien razonables” (p. 1187) entre docente y alumnos en virtud de la edad, la experiencia y la experticia. En este marco, proponía que las facultades fuesen gobernadas por el cuerpo docente con la colaboración de los estudiantes que podrían ser oídos oportunamente.

⁶² El Instituto Católico de Ciencias (ICC) surgió en 1953, en tiempos de conflicto entre el gobierno de J. D. Perón y la Universidad de Buenos Aires, y fue clausurado en 1955. Tuvo la particularidad de hacer converger a la jerarquía católica con la élite científica proveniente de las ciencias naturales y de la medicina, en un ámbito de discusión que pretendía ser pluralista y de calidad. El ICC se propuso un triple objetivo: crear laboratorios destinados a la investigación original y a la formación de investigadores; organizar cursos especiales o conferencias a cargo de personas de reconocida autoridad en la materia; y dictar cursillos teórico-prácticos para estudiantes y cursos de especialización para graduados (de Asúa & Busala, 2011).

Psiquiatría Infantil (ex Consultorio de Higiene Mental) del Instituto de Pediatría del Hospital de Clínicas.

La obra de Garrahan constituye una referencia ineludible si se trata de explorar las relaciones entre medicina infantil y saberes psicológicos. La psicología aparece de dos modos en el pensamiento del autor: por un lado, concierne al dominio de ciertas habilidades en el trato con el paciente y sus allegados que completaría el accionar médico y le daría una mayor receptividad y eficacia a sus intervenciones. Por otro lado, la inclusión de la psicología se vinculó con una forma de comprender y abordar las enfermedades infantiles y el desarrollo en general considerando al niño como una totalidad psicosomática.

Si bien el giro hacia “lo psicológico” puede apreciarse claramente en los últimos diez años de su carrera, a comienzos de los años cuarenta, el autor ya reflexionaba sobre los aspectos espirituales de la profesión. En este marco introdujo el concepto de “medicina integral”, según el cual atender a la dimensión espiritual del paciente era un requisito indispensable. En línea con las reflexiones de Piaggio Garzón y de Escardó, Garrahan calificaba de quimérica “(...) la posibilidad, vislumbrada por la imaginación mecanicista, de llegar a la solución de los problemas médicos sólo a través de las ciencias físicas aplicadas a la biología” (J. P. Garrahan, 1940, p. 679). Sin ánimos de desestimar los valiosos elementos de juicio ofrecidos por los informes basados en las ciencias naturales, el autor consideraba imprescindible realizar un diagnóstico certero examinando minuciosamente al enfermo, sin aceptar irrevocablemente los datos brindados por los informes auxiliares. Esto implicaba el ejercicio de la agudeza clínica y el desarrollo de cierto “arte médico” basado en la simpatía, la tolerancia, la perspicacia psicológica y la comprensión humana. En virtud de estas reflexiones, Garrahan (1942, 1962) afirmaba –recuperando una expresión de Platón– que los pediatras y puericultores

debían ser médicos “del cuerpo y del alma”.

Es en este marco que, al hacerse cargo de esta cátedra en 1942, Garrahan se preocupó por estimular el desarrollo de actividades concernientes a la psicología y la psiquiatría infantil. En primer lugar, promovió la formación de los miembros de la cátedra en calidad de fundador y organizador de la rama argentina de la *American Academy of Pediatrics* de Chicago, de la que fue elegido presidente y cuya secretaría funcionó hasta 1950 en la cátedra. Esto posibilitó que varios médicos del plantel docente obtuvieran becas para trabajar como residentes en diferentes servicios pediátricos de los Estados Unidos. Entre los becarios se contaron Telma Reca y Dora Raijman, ambas becaadas en la década del cuarenta por la Fundación Rockefeller para estudiar psiquiatría infantil. Reca recibió a su vez financiamiento para realizar investigación en psicoterapia en el Centro de Psicología y Psiquiatría Infantil (J. P. Garrahan, 1952b). En segundo lugar, Garrahan impulsó mejoras en las instalaciones y el funcionamiento de la sección de psicología; se adquirieron materiales y se subdividió en boxes un sector, lo cual permitió el trabajo simultáneo con un mayor número de pacientes (J. P. Garrahan, 1952b; Reca, 1963). Por último, las disciplinas “psi” fueron incorporadas tanto a los ateneos y cursos para médicos como a las clases destinadas a estudiantes (Gravano, 2016). La enseñanza de grado se encaró siguiendo la premisa según la cual el futuro médico debía ser capaz de ver las circunstancias que rodeaban al niño enfermo para orientar su conducta terapéutica y su forma de conducirse frente a él y a sus padres. Un recurso didáctico implementado para dicho fin consistía en entrevistaren clase al niño junto con su madre (J. P. Garrahan, 1952b).

Como vimos, Garrahan se familiarizó muy tempranamente con la premisa psicósomática según la cual el estudio de la salud, la enfermedad y la conducta total debía hacerse en el marco más amplio de una integración psicofisiológica del niño en un

medio determinado. Esto abría nuevas proyecciones y perfiles para la pediatría, uno de los cuales concernía precisamente a la psicología. En la conferencia que brindó en ocasión de su regreso a la universidad, Garrahan advertía que en aquellos años había tenido lugar una doble salida de “lo psicológico” por fuera del marco de la psiquiatría clásica y por fuera de los trastornos de conducta, “para invadir la totalidad de la medicina somática e integrarse con la misma” (J. P. Garrahan, 1956b, p. 6). Era preciso no perder de vista que el paciente poseía un alma que invadía su ser orgánico y que las variantes de la inteligencia y la emotividad de cada enfermo le conferían múltiples matices al mismo padecimiento. La variable psicológica se convertía así en un aspecto insoslayable para el pediatra, sobre todo cuando se encontraba frente a cuadros crónicos y cuando, desde su rol de puericultor, brindaba pautas de crianza.

En contraposición a lo planteado por Escardó, los desarrollos de la medicina psicosomática no escaparon al interés de Garrahan. Según el autor, dicho enfoque había mostrado que, más allá de los factores nutritivos o infecciosos, debía ponderarse la incidencia del componente psíquico en la génesis de ciertas enfermedades infantiles, no sólo aquellas concernientes a los trastornos neuropsíquicos y a la actitud social del niño, sino también ciertas perturbaciones somáticas (J. P. Garrahan, 1947). A la luz de su propuesta de una “medicina integral” Garrahan veía en la psicosomática una orientación que había logrado “canalizar, fundamentar y fortalecer aquella vieja sabiduría filosófica de los grandes médicos de otrora, que sabían valorar la profundidad emotiva de sus enfermos al desempeñar su noble y difícil oficio” (J. P. Garrahan, 1956b, p. 6).

Si bien no fue trabajada con la misma profundidad y sistematización que Escardó, hallamos también en Garrahan la idea de que existían enfermedades y trastornos orgánicos que expresaban las consecuencias de ciertos desórdenes ambientales. Apoyándose en la 5ª edición del célebre *Tratado de Pediatría* editado por

Waldo Nelson⁶³ y en autores locales tales como Telma Reca y el propio Escardó, Garrahan ubicaba a los factores de orden psíquico entre las causas extrínsecas de enfermedad. Entre dichos factores se contaban el exceso o falta de estímulos intelectuales y el exceso, desviación o defecto de estímulos emocionales (mimos y cariño, castigos desmedidos, sobreprotección materna). Si bien la influencia nociva de estos factores parecía acentuarse en niños de constitución neuropática, esta mirada tendía a colocar en el entorno una serie de elementos de importancia considerable en la génesis de los trastornos antes mencionados. En este marco, la disfuncionalidad familiar en Escardó y la ansiedad o la sobreprotección materna en Garrahan eran susceptibles de explicar la aparición de un cuadro psicossomático en términos de *reacción* del organismo en respuesta a ciertas características del medio.

¿Cuál era el rol del pediatra luego de comprobar que muchos de los trastornos infantiles no se explicaban por causas infecciosas, tóxicas o carenciales, sino por perturbaciones emocionales? Garrahan recuperaba en este punto el espíritu preventivo de la medicina infantil: el pediatra debía intervenir antes de que se desencadene la enfermedad tratando de reorganizar el modo de vida y los hábitos del niño. Esto se lograba por medio de una psicoterapia orientada a los padres, cuyo fin era quitar las ansiedades que perjudicaban al hijo y persuadirlos para que modificasen el modo de tratarlo. El perfil proyectado por Garrahan se acercaba a aquel que había orientado a la psiquiatría infantil bajo los principios de la higiene mental: realizar una labor de orden educacional, de orientación y guía con el fin de promover una armoniosa adaptación del

⁶³ Waldo E. Nelson (1898-1997) fue uno de los pediatras más reconocidos de los Estados Unidos. A través de las numerosas ediciones de su *Textbook of Pediatrics* influyó de manera notable en la clínica y en la formación de pediatras de todo el mundo. Tuvo a su cargo el Departamento de Pediatría de la Universidad de Temple y durante buena parte de su carrera se desempeñó como director del *St. Christopher's Hospital for Children* de Filadelfia. Fue además editor de la revista *The Journal of Pediatrics* durante casi dos décadas. Para más datos sobre su vida y obra, véase Fulginiti, V. A. (2011). Waldo E. Nelson, MD (1898–1997) Giant of Pediatrics. *Advances in Pediatrics*, 58(1), 1–10.

niño al medio (Reca, 1931, 1942).⁶⁴ Bajo esta mirada preventiva, los consejos del pediatra podían, en muchos casos, evitar la intervención de los especialistas en psicología y psiquiatría infantil. Llegado el caso, eran estos últimos los encargados de llevar adelante el trabajo psicoterapéutico con el niño, que quedaba fuera de la competencia del pediatra.

En suma, podría afirmarse que son más similitudes que diferencias las que se observan en los recorridos de Escardó y Garrahan. En efecto, el modo como este último caracterizaba el perfil del pediatra “moderno” no parece distanciarse mucho de aquel médico que, de acuerdo con Escardó, debía ocuparse de las enfermedades de la familia:

El pediatra de hoy ha dejado de ser simplemente el médico que diagnostica y receta, y el puericultor que prescribe alimentos, vacunaciones y consejos higiénicos. Se siente ahora investido de una misión más trascendente. Sabe bien que le corresponde a él, aun cuando no se lo reclame, dar directivas para cuidar la salud física y psíquica del niño, y educar y prevenir para asegurarle a éste un mejor futuro; y sabe también que le incumbe actuar con visión social. Una tal compenetración de médico y paciente hace que el verdadero pediatra siga siendo “médico de familia”, como lo eran antes la mayoría de los médicos (J. P. Garrahan, 1962, p. 97).

1.4. Conclusiones del capítulo

A lo largo de este capítulo hemos realizado un breve recorrido por la etapa fundacional de la medicina infantil en el Río de la Plata, destacando su vinculación con el

⁶⁴ Esta concepción pone de manifiesto un modo particular de comprender el desarrollo infantil, que centraba su análisis en los factores externos que moldeaban la conducta y las patologías infantiles. El tipo de intervención pediátrica que proponía Garrahan se acercaba a las acciones que, en sus comienzos, había desarrollado el Consultorio de Higiene Mental a cargo de Telma Reca. Sin embargo, para el momento en que Garrahan ubicaba la especificidad del pediatra en dicho enfoque higiénico, Reca se había centrado en el concepto de personalidad para indagar, a través de la psicoterapia, el mundo interno del niño y desde allí transformar sus relaciones con el mundo externo (Borinsky, 2009).

higienismo como programa de reforma social de base científica y filantrópica. Es este basamento higiénico y preventivo el que habría contribuido a delinear en los médicos cierta vocación pedagógica que se observa sobre todo en el campo de la puericultura y los consejos de crianza. A su vez, este perfil higiénico y médico-social habría servido de base a la posterior recepción y apropiación de saberes “psi”, en el marco de las relaciones de la medicina con la eugenesia y la higiene mental.

Se intentó mostrar luego la repercusión de un complejo proceso que tuvo lugar en la medicina occidental de las primeras décadas del siglo XX, y en virtud del cual un sector de la medicina cuestionó la herencia del positivismo decimonónico, plasmada en una práctica mecanicista que interpretaba la enfermedad en términos netamente biológicos y concebía la terapéutica como aplicación de la fisiopatología científico-natural y de la farmacología. Este cuestionamiento surgió en un clima de ideas en el cual, desde fines de la década de 1910, la cosmovisión positivista sufrió el embate de las filosofías de la conciencia que comportaban una nueva concepción del ser humano: aquella que lo diferenciaba cualitativamente del resto de los seres vivos. Hemos podido observar cierta apertura de los galenos a estas ideas filosóficas que, en la entreguerras, plantearon la necesidad de una medicina que restableciera la interdependencia de las dimensiones biológicas y psíquicas del ser humano.

La década de 1940 dio lugar a una serie de transformaciones de gran relevancia en el campo de la medicina y la salud infantil, que retomaron y profundizaron los recorridos previos. De la mano de la concreción de importantes avances en materia de derechos de la infancia, la “psicologización” creciente de las sociedades occidentales depositó gran responsabilidad en la familia (y fundamentalmente en la madre) como marco posibilitador y regulador de la adaptación del individuo al medio. En este escenario, la medicina psicosomática apareció como un enfoque capaz de contemplar

del modo más abarcativo posible numerosas patologías de la primera infancia. Se trataba de una mirada que, sin descuidar los fundamentos biológicos del desarrollo infantil, incluía una perspectiva novedosa al enfocarse en la relación del niño con su entorno familiar como clave explicativa de la salud y la enfermedad.

Estos desarrollos revistieron particular interés para ciertos médicos de niños preocupados por desarrollar una práctica integral y “humanizada”, que se ocupara de toda la persona y no solo de tratar el síntoma. Tal es el caso de Florencio Escardó y Juan P. Garrahan, cuyos recorridos hemos intentado sistematizar. Más allá de las diferencias entre ambos, interesa subrayar un elemento común: la proyección de un “horizonte de expectativas” en el cual se destacaban los aportes de los saberes “psi”. En plena reconfiguración de los conceptos de salud y desarrollo, las propuestas de Escardó y Garrahan condensaban cierta crítica a la medicina clásica, al tiempo que proyectaban una pediatría que pudiera abordar su objeto de estudio de modo más sofisticado y eficaz. Traspasar los límites de lo orgánico para abarcar una realidad más compleja y multideterminada parecía ser la meta de una “nueva pediatría”, capaz de brindar a la sociedad innumerables beneficios a nivel de la prevención y la salud colectiva. En ese sentido, el perfil higiénico que caracterizó a la medicina infantil desde su conformación como especialidad es una suerte de hilo conductor que permite aproximarse al estudio de la recepción y “uso” de los saberes psicológicos.

En este punto cabe preguntarse si la integración a la que aspiraban, entre otros, Garrahan y Escardó se acompañó de las modificaciones necesarias a nivel de la formación y de la práctica médica. Por un lado, debe tenerse en cuenta que el diagnóstico de las enfermedades psicosomáticas en la infancia no era sencillo, debido entre otros factores a cierta resistencia de los médicos a aceptar que la causa de los síntomas podía situarse a nivel emocional y conductual (“Enfermedades psicosomáticas

en la niñez”, 1950). Por otro lado, y en conexión con esto, hemos podido advertir que, a lo largo del período analizado en esta tesis, la formación médica no incluyó el dictado de materias psicológicas de manera regular y obligatoria. En lo que respecta a las prácticas, fuentes orales coinciden en afirmar que, hasta mediados de la década del sesenta, la clínica pediátrica en el hospital conservaba la impronta de una medicina netamente organicista y que incluso la mayoría de los Jefes de Servicio rechazaba los enfoques psicológicos por su falta de objetividad (Mañé Garzón, 2014; Paoloca, 2013; Rinaldi, 2016). Sin embargo, el contacto con los servicios de psiquiatría infantil durante la práctica hospitalaria otorgó en algunos casos la posibilidad de tomar contacto con la psicología (Paoloca, 2013).

Las experiencias de Escardó y Garrahan son sin dudas mojones significativos en el estudio de la relación entre pediatría y psicología en el Río de la Plata. Y si bien sus ideas contribuyeron a reconfigurar las nociones de salud, enfermedad y desarrollo e introdujeron prácticas novedosas, habría que conservar cierta cautela al momento de ponderar el nivel de concreción de dichos planteos.

Capítulo 2

El desarrollo psicofísico en la medicina infantil

Este capítulo se propone, en primer lugar, desarrollar algunas ideas acerca del concepto de desarrollo –físico y psicológico– y su relación con la medicina infantil. Retoma ciertos debates histórico-epistemológicos en torno a la noción de “normalidad” cuyos lineamientos principales nos permitirán analizar las intervenciones médicas. Una de las ideas que nos interesa destacar concierne a la normalidad en tanto noción ideológica, que, a partir del siglo XIX, designó lo usual, lo típico, pero también lo deseable. Otro punto de interés es la tensión naturaleza-cultura en el desarrollo psicológico y sus repercusiones en el discurso médico a lo largo del período estudiado. Este problema, aún hoy vigente en los debates científicos, ha dado lugar a posturas diversas al momento de analizar el desarrollo de la mente. Y si bien todas ellas contemplan la incidencia de ambos factores, algunas han otorgado primacía al componente natural y otras a los factores culturales.

En segundo lugar, el capítulo aborda algunas cuestiones relativas al control del desarrollo infantil y su comparación con estadísticas, tarea que, a lo largo del período analizado en esta tesis, se consideró fundamental para preservar la salud de los niños en tanto futuros hombres y mujeres argentinas. Se analizan aspectos relevantes de los estudios del desarrollo físico en la primera infancia, dado que las experiencias en torno a la evaluación del desarrollo psicológico –tema que abordaremos en el próximo capítulo– se sumaron al despliegue de la antropometría en un contexto particular, marcado por la articulación de los aportes de herramientas técnicas como las estadísticas con la ampliación de áreas de intervención estatal y la implementación de políticas sociales. La revisión de algunos problemas e interrogantes en torno a la ponderación del

crecimiento infantil nos permite, asimismo, situar a la evaluación psicológica en el marco más amplio de las consideraciones raciales y ambientales sobre crecimiento y desarrollo.

En tercer lugar, se analiza el postulado del paralelismo somato-psíquico que sirvió de base a la concepción del desarrollo de mayor consenso entre los médicos durante el período estudiado. Por último, se exploran las investigaciones de Aquiles Gareiso y Florencio Escardó en torno a la denominada “preocupación neurológica en pediatría”, concepto que buscaba integrar la neurología a la pediatría a través de un examen semiológico que permitiera detectar “retrasos” madurativos. Esto nos posibilitará aproximarnos a una de las vías por las cuales la medicina infantil hizo foco en la evaluación del desarrollo neuropsíquico. A su vez, procuraremos dar cuenta del sitio otorgado al saber y las técnicas psicológicas en el marco de la empresa propuesta por el neurólogo y su joven discípulo pediatra.

2.1. La ciencia médica y el estudio del desarrollo: lo normal y lo deseable

Como vimos en el capítulo anterior, la pediatría se caracterizó desde sus comienzos por cierto horizonte prospectivo enlazado a la imagen del niño como “padre del hombre”, es decir, germen de las futuras generaciones. Las intervenciones de los médicos cobraban entonces especial relevancia por su conexión con una serie de valores compartidos en torno al progreso de la Nación y, en definitiva, de la humanidad toda. Cabe recordar asimismo que la pediatría estructuró y dio sentido y coherencia a sus desarrollos teóricos y a sus prácticas a partir del supuesto según el cual la infancia era una etapa de incompletud caracterizada por la plasticidad y la maleabilidad, y que encerraba a la vez un enorme potencial. Ese carácter incompleto y potencial era solidario de una forma de

entender los procesos de crecimiento y desarrollo como graduales y progresivos (Colángelo, 2012).

La descripción y explicación del desarrollo de un individuo ha estado atravesada por una función normativa prescriptiva que pauta los logros esperables (Holzkamp, 1995/2016). Esto nos conduce al análisis de la dimensión valorativa inescindible del discurso médico-psicológico. La obra de Canguilhem, así como algunos desarrollos de Foucault (1974-1975/2001, 1976/2000, 1976/2008), constituyen referencias ineludibles en lo que respecta a la consideración de lo normal y lo patológico a la luz de la empresa de “normalización” en la cual la medicina desempeñó un rol clave, y que surgió en el marco de un proceso de racionalización de las sociedades occidentales hacia fines del siglo XVIII. En este contexto, la irrupción de los números y la estadística determinó que el azar o los hechos irregulares quedaran sujetos al control de las leyes naturales o sociales, haciendo del mundo un sitio menos fortuito y dando lugar al surgimiento de la noción de normalidad (Hacking, 1991).⁶⁵

La idea de normal como típico, usual, regular, común, es propia del siglo XIX, más específicamente, de la década de 1820. Esta acepción tuvo su origen en el dominio de la medicina, en tanto par opuesto a lo patológico. Lo normal se recortó entonces sobre un fondo de anormalidad hasta que se produjo un giro dado por el principio de Broussais, a partir del cual lo patológico comenzó a ser definido como una desviación

⁶⁵ Adolphe Quetelet fue, según Hacking, el representante de la regularidad más importante del siglo XIX. Veía en la conducta de las personas las mismas regularidades que gobernaban, por ejemplo, a los cuerpos celestes. Hacia 1830 presentó el concepto de “hombre tipo” (“*homme type*”) que no hacía referencia a la humanidad en general sino a las características propias de un pueblo o de una nación entendidos en términos raciales. Si previamente se caracterizaba a un pueblo por su cultura, su idioma, su geografía o su religión, a partir de Quetelet una raza estará caracterizada por una serie de cualidades físicas y morales reunidas en su “hombre tipo”. A partir de aquí es posible pensar en implementar medidas sociales que preserven o alteren las cualidades de una raza. En esta conjunción entre un nuevo tipo de información sobre las poblaciones y una nueva manera de controlarlas es posible, según Hacking, situar las bases de la eugenesia.

respecto de lo normal.⁶⁶ Esto implicó que patología y normalidad comenzaran a ser analizadas como un continuo donde lo normal es el centro y la enfermedad lo que de allí se aparta. Bajo esta perspectiva, lo normal indica lo típico, el promedio objetivo. Pero además, en las derivas que del concepto harían Émile Durkheim y Auguste Comte, lo normal consistió, para el primero, en un estado de la sociedad perdido y, para el segundo, en algo a lo que debía aspirarse. Estas lecturas dieron paso a una nueva acepción del vocablo, que entrañaría de allí en adelante una equivocidad, para referir tanto a lo que se encuentra en la mayoría de los casos como a lo que es tal como debería ser. Es por esta razón que Canguilhem (2009b) afirma que no es posible definir a lo normal como un hecho. Según el autor, el término designa al mismo tiempo “un hecho y un valor que el que habla atribuye a ese hecho en virtud de un juicio de apreciación que asume” (p. 91), por lo cual no puede hablarse de un concepto estático y pacífico, sino de uno dinámico y polémico. Esto pone de relevancia el poder del concepto de normalidad para tender un puente sobre la distinción hecho/valor, pues plantea que lo que es normal es también “excelente”. De allí que, para Hacking (1991), el término se haya convertido en uno de los instrumentos ideológicos más poderosos del siglo XX (p. 243).

Lo normal entendido como lo esperable y lo deseable ha transformado valoraciones objetivas en decisiones sociales de las elites hegemónicas (Huertas, 2008). Al respecto, Foucault se basó en las reflexiones de Canguilhem para analizar la norma como concepto político bajo la idea de que las formas modernas de poder se orientan hacia la normalización de los individuos y las poblaciones. El dominio de la norma es diferente al de la ley que permite, prohíbe y condena. El orden normativo no excluye,

⁶⁶ François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838) introdujo modificaciones profundas en la manera de entender la patología. En contraposición con la idea consensuada según la cual las enfermedades estaban gobernadas por leyes diferentes a las que regían el estado normal, el médico francés concibió una relación directa entre la patología y la fisiología, de acuerdo con la cual las enfermedades consistían en el exceso o defecto de la excitación de los tejidos por encima o por debajo del estado normal (Canguilhem, 2009b, p. 25 y sigs.).

sino que es inclusivo y comporta un principio de calificación y corrección: mide cuantitativamente y jerarquiza a los individuos en función de sus capacidades (Foucault, 1974-1975/2001). Se establece así una valoración de las conductas imponiendo una serie de logros a alcanzar y buscando de ese modo homogeneizar los comportamientos bajo los lineamientos de un horizonte teórico que no es otro que el de las ciencias humanas (Foucault, 1976/2000). Hay entonces en la noción de norma, tal como la plantea Foucault, un espíritu de exigencia y coerción que funda y legitima cierto ejercicio de poder.

Estas ideas comportan especial relevancia en una investigación como la que aquí emprendemos. A lo largo de este capítulo y los siguientes, los autores revisados nos permitirán reflexionar sobre las diversas iniciativas de control y supervisión del desarrollo físico y psíquico por parte de los pediatras y analizar la presencia de valores no epistémicos en el establecimiento y difusión de pautas de desarrollo “normal”. Cabe en este punto destacar nuevamente el rol desempeñado por la disciplina médica en la normalización de los individuos y las poblaciones. Por medio del concepto de “medicalización indefinida” Foucault (1996b) intentó destacar esta función política de la medicina occidental, en virtud de la cual amplió progresivamente la extensión de sus intervenciones más allá de su campo tradicional (el padecimiento, la demanda del enfermo y su curación) para imponerse al individuo –enfermo o no– como acto de autoridad. En esta línea, podría afirmarse que, junto con la medicina, las disciplinas “psi” han colocado a las manifestaciones psíquicas bajo la lógica de un poder normalizador, que por medio de la comparación, la jerarquización y la homogeneización, ordena y distribuye las conductas siguiendo la lógica médica de distinción entre lo normal y lo patológico.

Algunas investigaciones enmarcadas en la psicología crítica y los estudios poscoloniales han realizado interesantes aportes que retoman las ideas antes mencionadas. Morss (1996) propuso revisar de manera crítica la categoría de desarrollo como una forma de explicación que asume la existencia de un cambio regulado naturalmente. El autor considera que la explicación basada en el desarrollo es un discurso, es decir, un sistema coherente de significados históricamente situado que reproduce relaciones de poder. En este marco, las pautas del desarrollo no pueden ser concebidas como el producto de lecturas neutrales completamente basadas en hallazgos empíricos, sino que combinan algunos datos empíricos con ciertos supuestos generales que los científicos asumen. En una línea similar, Donna Varga (2011) ha avanzado hacia un análisis focalizado en el rol de los estudios del desarrollo en la colonización de la infancia. Según la autora, el sistema de observación y registro reconoce en las expresiones del niño sólo aquellos rasgos valorados por los científicos, dando lugar así a una relación desigual entre el experto que observa y el sujeto observado y clausurando modos alternativos de ver al niño y de ser niño. Las formas hegemónicas reunidas en torno a lo que Varga denomina “desarrollo blanco” se establecieron durante el siglo XX como parámetro para que tanto los expertos como los padres supervisaran el desarrollo infantil. En suma, los estudios coloniales muestran que muchas de las construcciones psicológicas y psicoanalíticas del desarrollo suprimen las contradicciones entre las imágenes que los adultos tienen de la infancia y la infancia realmente experimentada (Holzkamp, 1995/2016). De ese modo, el lugar de la memoria y la experiencia es ocupado por los constructos teóricos, en un intento de colonización científica y de normalización de la infancia.

Como veremos a lo largo de esta investigación, los médicos de niños se acercaron a los saberes “psi” ya sea para ponderar el desarrollo psicológico y realizar así

una tarea preventiva o bien para resolver diversos problemas de causa extraorgánica. De manera esquemática podría decirse que hasta los años cincuenta tuvo mayor resonancia entre los pediatras la perspectiva psicológica naturalista y evolucionista que primó sobre todo en las primeras décadas del siglo XX. Esta orientación propició un abordaje centrado en los determinantes naturales del desarrollo (la herencia y la maduración), en el cual el ambiente era ponderado como lo que favorecía u obstaculizaba el despliegue de lo determinado biológicamente. En este marco, la idea de desarrollo tendió a ubicar la adaptación a un orden social establecido como el punto de llegada, calificando de “normal” la imagen de un sujeto adulto plenamente integrado y adaptado a la sociedad (Talak, 2014a, 2014b). Así, en autores como Arnold Gesell –que fueron recepcionados en el campo médico local– es posible constatar que diversos ítems de su escala de evaluación del desarrollo parecen cotejar el nivel de adaptación del niño a la cultura occidental, bajo el supuesto de que tales logros serían el resultado del desarrollo “natural”, producto de la maduración de las estructuras nerviosas en interacción con un ambiente propicio.

El recorrido realizado, hasta aquí, pretende subrayar que las teorías y prácticas médico-psicológicas sobre el desarrollo infantil y las pautas de normalidad que ellas establecen están en estrecha vinculación con ciertas valoraciones sociales que determinan, por ejemplo, el modo de pensar el desarrollo del sujeto. Si bien es indiscutible el hecho de que existe un sustrato anátomo-fisiológico capaz de explicar dicho proceso, la compleja construcción de la idea de norma y su equivocidad permite analizar las concepciones expertas sobre desarrollo y crianza en un plano en el que se conjugan el conocimiento científico y el orden social.

2.2. El desarrollo psicológico entre la naturaleza y la cultura

Si bien desde el siglo XVIII se produjo conocimiento sobre el niño, el tópico del desarrollo psicológico infantil surgió como tema de interés científico en Europa y Estados Unidos a fines del siglo XIX, a partir de la convergencia de dos fuentes: una científica, ligada a la embriología, al evolucionismo y al surgimiento de la psicología como disciplina y otra sociopolítica, vinculada con la filantropía y las ideas y prácticas orientadas al bienestar infantil en el marco de las problemáticas relativas a la cuestión social (Cahan, 2006; Cairns & Cairns, 2006).⁶⁷ Hacia mediados de la década de 1890 el campo de la psicología del desarrollo se hallaba consolidado en dos grandes centros –Francia y Estados Unidos– y contaba con publicaciones propias, institutos de investigación y organizaciones profesionales que continuarían creciendo a lo largo del siglo XX.⁶⁸

Desde los inicios de esta rama de la psicología, desarrollo y evolución han sido conceptos indisociables y complementarios. En efecto, las iniciativas en torno al estudio del niño de fines del siglo XIX y comienzos del XX estuvieron motivadas fundamentalmente por interrogantes extraídos del evolucionismo que se plasmaron en estudios comparativos entre humanos y animales y entre diferentes grupos humanos con el fin de ponderar el papel de la herencia. A partir de la década del veinte y hasta los

⁶⁷ Las raíces biológicas del estudio del desarrollo pueden hallarse en la embriología de Karl Ernst von Baer (1792-1876) y en la biología evolucionista inspirada en la obra de Charles Darwin (1809-1882). Von Baer enunció principios del desarrollo que cuestionaron las tendencias del preformismo y la epigénesis basada en la recapitulación, dominantes durante la mayor parte del siglo XIX. Las ideas provenientes del evolucionismo, por su parte, se plasmaron en la obra de George John Romanes (1848-1894) –padre de la psicología comparada–, cuyo estudio sobre el desarrollo sexual y cognitivo fue una referencia clave para autores como James Mark Baldwin y Sigmund Freud (Cairns & Cairns, 2006).

⁶⁸ El origen de la psicología del desarrollo es un hecho difícil de determinar, dada la diversidad de autores, obras y centros de producción que coexistieron a fines del siglo XIX (por citar algunos autores, podría mencionarse a G. Stanley Hall, Alfred Binet, James Mark Baldwin e incluso a Sigmund Freud). Se ha propuesto entonces tomar como referencia la publicación del libro *The Mind of the Child*, de William Preyer, en 1882, por tratarse de un primer acercamiento científico al estudio del desarrollo ontogenético y de una obra que habría actuado como catalizador de las posteriores investigaciones en psicología evolutiva (Cairns & Cairns, 2006).

años sesenta, los desarrollos del conductismo desplazaron el foco de atención de la herencia al ambiente y a la formación del niño, a partir de una concepción filosófica de la infancia basada en el empirismo (Burman, 1994). Los padres comenzaron a tener entonces un rol cada vez más protagónico en el moldeamiento del carácter infantil y de sus cualidades morales.

Uno de los interrogantes centrales que orientó el estudio de la infancia se vinculó con un problema filosófico fundamental en la investigación sobre la naturaleza y desarrollo del conocimiento: ¿qué tanto es innato y qué tanto adquirido en función de la experiencia? Desde muy temprano, este tema capturó la atención de los investigadores en psicología del desarrollo y, a lo largo de los años, diversas iniciativas buscaron determinar si los cambios observados en el transcurso del tiempo se explican por los factores constitucionales y la maduración nerviosa o si, por el contrario, deben ubicarse a nivel de la experiencia y la incidencia del ambiente.⁶⁹ Lejos de estar resuelta, esta cuestión remite a un debate central de las teorías del desarrollo humano: la controversia “nature-nurture” (Lerner, 2002). Numerosas investigaciones del campo de la psicología evolutiva han fracasado en su intento de explicar la relación entre ambos al considerarlos factores polarizados que de algún modo se combinan aditivamente (Burman, 1994). Esto ha conducido a una postura recurrente en los estudios de psicología evolutiva, que tratan a la dimensión social como un suplemento que se agrega al desarrollo natural e inevitable. En la mayoría de los casos, la antinomia naturaleza-crianza (del mismo modo que otras tales como individuo-sociedad, mente-cuerpo, intrapsíquico-interpersonal, etc.) ha sido abordada a partir de una perspectiva insuficiente que, o bien eleva uno de los términos del par de opuestos a una posición

⁶⁹ Pueden mencionarse asimismo otros temas de interés, tales como la ontogenia de la conciencia y la inteligencia, el desarrollo moral, la correspondencia entre pensamiento y acción, las relaciones entre evolución y desarrollo y los efectos de la experiencia temprana en el desarrollo (Cairns & Cairns, 2006).

privilegiada, o bien plantea algún tipo de interacción pero no en términos de reciprocidad (Overton, 2006).

A lo largo de esta investigación revisaremos la obra de diferentes autores del campo de la psicología que fueron recepcionados por médicos locales y delinearon las formas de comprender el desarrollo infantil. Al respecto, una mirada general permite observar que, si bien durante todo el período indagado los médicos mantuvieron una concepción según la cual el desarrollo psicológico marchaba de modo paralelo al desarrollo neurológico, existió desde muy temprano una tendencia a considerar la variable ambiental. Hacia los años de 1950 la incidencia del medio en el crecimiento y desarrollo infantil comenzó a ocupar un sitio decisivo en el pensamiento pediátrico. Este hecho coincidió con el ascenso del ideario de la salud mental durante la Segunda Posguerra, con su énfasis en el entorno vincular del sujeto como variable de importancia clave para un desarrollo “normal”. Así, a comienzos de los años cincuenta Escardó (1951) planteaba que, a diferencia de los animales en los que el recién nacido combinaba el máximo de eficiencia con el mínimo de individualidad, el ser humano recién nacido tenía un mínimo de eficiencia y un mínimo de individualidad. El pediatra argentino reproducía de ese modo las tendencias dominantes hasta la década de 1960 en el campo de la psicología evolutiva, según las cuales el niño era un ser básicamente incompetente (Burman, 1994). Y si bien su enfoque se mantuvo cercano a la premisa del paralelismo neuropsíquico, hacia los años cincuenta fue complejizando su abordaje para afirmar que “De todas las imágenes que el pediatra debe borrar de su acervo tradicional, la más perniciosa es la fácil y literaria de que el niño es un ser en el que la vida se da de un modo simple y elemental, poco más que como en las flores” (Escardó, 1951, p. 88). En esa dirección, y como vimos en el capítulo anterior, el autor otorgó un papel clave al medio. Sostuvo que desde el nacimiento el pequeño se disponía a

alcanzar el máximo de individualidad tomando de manera provisional y parasitaria la eficiencia de la organización familiar. El conflicto no tardaba en aparecer, en la medida en que, por un lado, el niño disfrutaba de las ventajas de ser culturalmente servido, pero por otro lado, existía cierto impulso diferencial de maduración que lo llevaba a liberarse de la asistencia y protección familiar, protestando contra la disciplina y contra toda regla que pusiese freno a su libertad de acción. En este punto es posible observar el modo como, para Escardó, bastarse a sí mismo y ejercer la libertad responsablemente parecían estar inscriptos en el desarrollo del sujeto. Sin embargo, no todo dependía del niño, y de allí la importancia atribuida a la cultura, que en todos los aspectos de la vida infantil (alimentación, estética, locomoción, higiene, lenguaje) debía acompañar en la justa medida y en la exacta oportunidad. Estas ideas se plasmaron de modo nítido en su obra *Anatomía de la familia*, en la cual ésta era conceptualizada en términos de roles y funciones que cada miembro debía asumir. Frente a los inevitables intentos del niño por adaptar el medio a su personalidad (resabios de la figura del “pequeño tirano”), la familia debía mantener su estructura y funcionalidad de modo tal de que “el niño goce de las mayores posibilidades de impulso y libertad *dentro de ella*” (Escardó, 1951, p. 87, en cursiva en el original).

Más allá del planteo de Escardó, es preciso señalar que la medicina infantil mantuvo cierto anclaje en los indicadores “objetivos” del crecimiento y desarrollo. Un autor de referencia al respecto fue Arnold Gesell, cuyas investigaciones buscaron documentar y establecer los indicadores conductuales del desarrollo psicológico. En el próximo capítulo nos detendremos en el modo como elaboró su escala de evaluación y en la recepción de dicho instrumento en el contexto local, pero en principio cabe señalar que la postura de Gesell se situó en una tensión no resuelta entre naturaleza y cultura en la que, sin embargo, los determinantes biológicos del desarrollo tuvieron un lugar

central. Y es precisamente este énfasis en los factores naturales lo que le permitió establecer normas pretendidamente universales a partir de su trabajo con una muestra pequeña y sesgada (Thelen & Adolph, 1992; Varga, 2011).

Las anotaciones que hemos realizado hasta aquí sobre las tensiones entre naturaleza y cultura y el desarrollo “normal” nos permiten plantear, siguiendo a Foucault (1975/2008), que aquello que la psicología describe como comportamientos regulares es el resultado de una política de las coerciones que constituye un trabajo sobre el cuerpo, manipulando de manera calculada sus gestos y sus comportamientos. Estas reflexiones recuerdan las afirmaciones de Canguilhem (2009a) sobre el modo de proceder del médico, que ya no se basa por completo en el síntoma que ofrece el enfermo sino que emite juicios sobre una realidad que él mismo hace aparecer bajo la forma de signos y por medio de toda clase de instrumentos para detectar anomalías. En suma, estos desarrollos nos permiten pensar en los saberes expertos como aquellos que precipitan la emergencia de un cuerpo que queda inmerso en un campo político, cercado por relaciones de poder que lo marcan y exigen de él signos. En el caso de la psicología, Burman (1994) señala que el niño “normal” es destilado a partir de las puntuaciones que arrojan los tests contruidos en base a la comparación de diferentes poblaciones. En tal sentido, la autora sostiene que la figura del niño normal es mítica, puesto que ningún ser individual, ningún niño real está a la base de ese constructo.

En lo que sigue, revisaremos algunos puntos de interés en torno a la ponderación del crecimiento infantil, una de las tareas propias de la pediatría a la cual se añadió luego la evaluación del desarrollo psicológico, tema que será abordado en el próximo capítulo.

2.3. Las mediciones del desarrollo físico en la primera infancia

La pregunta por el nivel de desarrollo psicológico en la primera infancia se dio en un contexto particular, marcado por la articulación de los aportes de la estadística con la ampliación de áreas de intervención estatal y la implementación de políticas sociales. En ese sentido, es posible constatar que el control médico del desarrollo psicológico se sumó al despliegue de la antropometría en la primera infancia.⁷⁰ Al respecto, debe señalarse que fue precisamente en el seno de la pediatría donde la práctica médica incorporó información relativa al crecimiento. No solo con fines netamente científicos, sino sobre todo como recurso de legitimación de la medicina infantil que, como se señaló, se asentaba sobre una trama de saberes específicos y diferentes de aquellos saberes sobre el adulto. Los estudios antropométricos permitieron a su vez reducir el fenómeno del crecimiento a hechos objetivos, sometidos a leyes (Ballester Añón & Perdiguero Gil, 2003).

⁷⁰ Las primeras iniciativas antropométricas en la Argentina surgieron en el seno del ámbito escolar. Junto con el establecimiento de la educación primaria obligatoria, la Ley 1420 de Educación Común pautaba que la escuela debía favorecer y dirigir el desarrollo moral, intelectual y físico de los niños y creaba el Cuerpo Médico Escolar que comenzó a realizar diversas mediciones y evaluaciones en los alumnos (altura, peso, desarrollo muscular, dimensiones craneales, visión, audición, lenguaje articulado, entre otras). Son conocidas en ese sentido las experiencias del pedagogo Víctor Mercante en la Sección Pedagógica de la Universidad de La Plata, en las que realizó aplicaciones prácticas de la antropología lombrosiana (Talak & García, 2008; Vallejo, 2004). En la década de 1930, estas prácticas reflorecieron de la mano del auge de la biotipología. Un análisis específico de su aplicación al campo educativo a la luz de los postulados biotipológicos puede hallarse en Gómez Di Vincenzo, J. A. (2011). *Estudio sobre la relación entre ciencias biomédicas, tecnologías sociales y orden social. Biotipología, educación, orientación profesional y selección de personal en Argentina entre 1930 y 1943*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires.

A comienzos de la década de 1940, los estudios de la médica Perlina Winocur fueron los primeros que permitieron establecer un rango de normalidad pondoestatural con el cual comparar las mediciones de niños en edad escolar de la Ciudad de Buenos Aires. Para un análisis detallado de los estudios precursores de la antropometría escolar véase Agüero, A., Milanino, A., Bortz, J., & Isolabella, M. (2012). Precursores de la Antropometría Escolar en la Ciudad de Buenos Aires: Luis Cassinelli, Genaro Sisto, Juan P. Garrahan, Saúl Bettinotti y Cornejo Sosa. *eä Journal*, 4(1), 1–19. Sobre los estudios de la Dra. Winocur, véase Winocur, P. (1941). Peso y talla de los escolares de la Ciudad de Buenos Aires. (Estudio hecho sobre 30.368 niños, 28.770 argentinos y 1598 extranjeros). En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 209–212). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli; y Winocur, P. (1941). Valor que se debe dar al peso y a la talla. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 213–218). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.

El examen antropométrico en la primera infancia consistía en la determinación del peso, la talla y otras medidas corporales tales como los perímetros cefálico y torácico y del estado de las fontanelas y la dentición (Carreño, Perelman, & Slech, 1938). A mediados de la década de 1930 –casi en paralelo con los primeros estudios del desarrollo psicológico– los doctores Buzzo, Agostini de Muñoz y Bayley Bustamante (1935) planteaban que el hecho de apreciar el desarrollo físico de los niños argentinos recurriendo a tablas extranjeras, con cifras supeditadas a múltiples factores propios de cada país, constituía una falencia que debía ser remediada confeccionando tablas locales. Los autores presentaban entonces los resultados de la medición de 1643 lactantes que habían concurrido al Dispensario de Lactantes N° 5 y al Instituto de Puericultura N° 2 y alentaban a todas las instituciones de protección a la infancia del país a elaborar sus propias tablas para arribar luego a un promedio de medidas pondoestaturales y apreciar el aspecto morfológico del niño argentino en los distintos períodos de crecimiento.⁷¹ El problema de hallar un parámetro local de comparación para la ponderación del desarrollo infantil está presente a lo largo de todo el período analizado en esta investigación. Las diferencias residen, en todo caso, en la importancia atribuida a la variable constitucional como factor en torno al cual gravitaba el desarrollo.

⁷¹ Para más datos y detalles sobre investigaciones antropométricas locales en niños de primera infancia, véanse, entre otros, Baca, A. (1941). Déficits del peso en niños de primera infancia, concurrentes al “Centro de Higiene Maternal e Infantil” de Esquel (Chubut). En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 250–251). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli; Cervini, P., Tiscornia, V., Crespi, S., Waissmann, M. Rajman, D. & Colombo, S. (1941). El crecimiento pondoestatural del niño de la primera infancia. Cierre de su fontanela bregmática y dentición. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 238–246). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli; Klappenbach, E. (1941). Factores regionales que perturban el normal desarrollo y crecimiento de lactantes y niños en el Chaco. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 252–258). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli y Waissmann, M. (1941). Contribución al conocimiento de los índices del recién nacido “llamado gigante”. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 227–229). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.

2.3.1. En busca de la “raza argentina”

En agosto de 1939, desde las páginas de la revista *Hijo mío..!*, el médico Efraín Martínez Zuviría alentaba a las madres a pesar al niño semanalmente y medir su longitud todos los meses, con el fin de establecer la relación entre ambas cifras, vale decir, el índice pondoestatural. El autor pretendía así relativizar la importancia casi exclusiva atribuida por las madres al aumento de peso, que, cuando era excesivo, distaba de ser beneficioso para la salud. En su artículo, Martínez Zuviría reproducía las tablas pediométricas de Garrahan y Bettinotti para niños de 0 a 15 años, resultado de diversos estudios que los autores habían emprendido a comienzos de la década de 1920 (Agüero, Milanino, Bortz, & Isolabella, 2012). Si bien las tablas no arrojaban valores representativos de toda la población argentina, se trataba de un primer paso en dirección a resolver la inquietud propia de una Nación joven cuya población estaba conformada en gran medida por inmigrantes:

Nuestra raza no está formada, como se sabe, y sería necesario establecer el término medio entre los elementos étnicos que componen los hogares argentinos, para establecer lo que correspondería a cada uno, debiendo la familia tener en cuenta lo que corresponde a su origen racial (Martínez Zuviría, 1939, p. 313).

La influencia de los discursos eugenésicos y nacionalistas no sólo ponía sobre el tapete el tema de la “raza” en las consideraciones sobre el crecimiento físico del niño, sino que introducía asimismo la retórica de su perfeccionamiento. Dos años antes, *Hijo mío..!*, cuya línea editorial estaba surcada por las ideas de la eugenesia, publicó tablas para que los padres pudiesen controlar y registrar la evolución del peso del bebé.⁷² Junto

⁷² La divulgación de información y gráficos estadísticos se inició en la Argentina hacia fines del siglo XIX, con el fin de popularizar el lenguaje estadístico y de transportar con estabilidad y rigurosidad científica objetos distantes espacial y temporalmente (Daniel, 2014). En el caso de la revista *Hijo mío..!*,

con las consideraciones acerca de la importancia de conocer el peso del pequeño para evaluar su salud, la revista transmitía a los lectores la idea de una perfección no sólo deseable sino alcanzable:

Conserve la tabla que publicamos en este número, y las siguientes. Hágale notar lo mismo a cualquier amiga suya cuyo hijo sea pequeño. ¡Qué satisfacción experimentará su orgullo de madre cuando vea que el crecimiento de su hijo es casi igual al de una criatura perfecta! (“Cómo controlar el peso del bebé”, 1937, p. 252).

En otro capítulo nos ocuparemos en detalle de la importancia central que el discurso de los expertos otorgó al crecimiento físico en la primera infancia y su relación con la nutrición. Por el momento nos interesa subrayar que, en buena parte del período estudiado, las iniciativas antropométricas estuvieron ligadas a la difusión de las ideas de la eugenesia y, como veremos enseguida, a la orientación “más moderna” que venía dada por la escuela italiana de Nicola Pende, Giacinto Viola, Achille De Giovanni, entre otros (Mendilaharzu & Díaz Bobillo, 1940).

El caso argentino no es desde luego una excepción, dado que durante las primeras décadas del siglo XX toda la medicina occidental mostró preocupación por los problemas eugenésicos. En Europa, los estudios del desarrollo físico y psíquico se vincularon con la lucha contra la mortalidad infantil y contra el fantasma de la degeneración racial. En el caso de Francia, por ejemplo, el descenso poblacional –sobre todo después de la Guerra franco-prusiana– fue concebido como un verdadero problema nacional que, sumado a la amenaza de degeneración progresiva de la “raza”, creaba un clima pesimista y demandaba acciones de regeneración racial. Algo similar sucedió en

cabe subrayar que desde 1937 y hasta mediados de 1939, se publicó de manera ininterrumpida una sección denominada “Para medir la inteligencia de su hijo”. Dicho segmento estaba a cargo de Alfredo Manuel Ghioldi, Maestro Normal, Profesor de Educación Física y Director de Escuela en la Capital Federal. La sección constaba de pruebas de inteligencia para niños de 5 a 15 años, inspiradas en la revisión Terman de la escala de Binet. Al respecto véase Ghioldi, A. M. (1937, agosto). ¿Su hijo es inteligente? *Hijo mío...!*, 309; 326; 328.

España luego de la pérdida de sus últimas colonias tras la guerra de Cuba. Tanto en uno como en otro caso, los estudios sobre crecimiento buscaban establecer los parámetros “normales” para la Nación, al tiempo que pretendían ofrecer datos objetivos sobre la degeneración de la raza (Ballester Añón & Perdiguero Gil, 2003). En el Reino Unido, los estudios antropométricos tenían un largo pasado que se remonta a las iniciativas de Francis Galton, y también se enmarcaron en este clima de pesimismo frente a la degeneración de la raza. Así, a comienzos del siglo XX la antropometría se utilizó para establecer cartografías de las razas que poblaban un determinado territorio, promoviendo una clasificación jerárquica de las mismas (Winlow, 2001). Las iniciativas para realizar estudios antropométricos sobre población infantil se vincularon a su vez con la necesidad de evaluar el estado de las reservas humanas necesarias para la defensa del imperio, luego del mal desempeño en la Primera Guerra Anglo-Bóer (Soloway, 1990). En América, la antropometría siguió un derrotero similar. En México, por ejemplo, entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX, las mediciones antropométricas desempeñaron un rol central en la incipiente antropología física, que procuró desarrollar un método adecuado para estudiar la diversidad física y cultural de la población, conformada por indios, mestizos y criollos (Dorotinsky, 2012). En lo que respecta a los niños en edad escolar, la determinación de sus características raciales y su condición física fueron preocupaciones constantes entre los antropólogos, médicos y pedagogos mexicanos desde fines del siglo XIX y hasta los años cuarenta (Stern, 1999).

¿Qué puede decirse de la Argentina? En este país del sur del continente americano, en el que la denominada “conquista del desierto” había avanzado sobre las poblaciones originarias, la trama de valores e ideas hegemónicas en torno a la “raza” no suponía la recuperación de cierta pureza originaria que los nacionalismos del siglo XIX asociaban con la grandeza de las Naciones. En la Argentina, la idea de mezcla era no solo

inevitable sino deseable y auspiciada bajo la figura del “crisol de razas”, conformado en base a cierta selección que incluía las razas latina, nórdica y de Europa central. Por ese motivo, las acciones estatales en los ámbitos educativo, sanitario, punitivo, entre otros, se canalizaron hacia la conformación de un tipo étnico nacional (Nari, 2004). Esto se vio reforzado desde la década de 1910 y sobre todo a partir de los años veinte, cuando la política poblacional comenzó a dirigir su mirada a los recursos internos, proyectando un autoabastecimiento tanto en cantidad como en calidad (Scarzanella, 2003b). En virtud de esta reorientación, comenzó a plantearse la necesidad de limitar de cierta manera el ingreso de extranjeros (Senkman, 1990). La legitimidad de dicho planteo fue producto de las nuevas formas de conceptualizar la salud de la población en términos de “vigor racial”, en conjunción con el aumento de la conflictividad social y la creencia en la necesidad de reforzar los valores nacionales para combatir la falta de identidad producto del cosmopolitismo (Biernat, 2011). En otro capítulo nos ocuparemos de la relación –tensa y en algunos casos contradictoria– entre la eugenesia y el pensamiento poblacionista. Aquí nos interesa destacar que la demanda de estudios antropométricos y de desarrollo psíquico se planteó en un contexto en cual las medidas eugénicas de mejoramiento de la “raza” se combinaron con la preocupación por establecer los fundamentos raciales de la identidad nacional.

2.3.2. La “ciencia latina” en los estudios del desarrollo

En la Argentina, hasta la segunda década del siglo XX la corriente migratoria estuvo dominada por Italia, que llegó a aportar más de la mitad de los inmigrantes que llegaban al país (Bjerg, 2009; Devoto, 2003). Durante la década de 1930 y comienzos de los años cuarenta, la crisis económica, la Segunda Guerra Mundial y las políticas restrictivas

determinaron una caída importante del flujo migratorio, aunque esto no supuso una ruptura del vínculo entre ambos países (Biernat, 2005). En lo que respecta a las relaciones culturales, la idea de latinidad constituyó un puente entre el faro cultural que representaba Roma y la colonia que se erigía en la Argentina y serviría de base para la expansión cultural en la región sudamericana. La doctrina eugenésica en su flexión latina sería precisamente el medio para lograr la integración cultural sobre la base de un liderazgo de índole étnica (Vallejo, 2012).

En el plano científico, los lazos entre ambas naciones se reconfiguraron en torno a los aportes de lo que Scarzanella (2003b) caracteriza como “la ciencia latina”: un enfoque que seguía anclado en el positivismo pero no simpatizaba con el “extremismo metodológico” y el “materialismo anglosajón” (p. 123). En un clima de intercambios académicos en el cual los valores latinos comenzaron a asociarse cada vez más con los del fascismo, la ciencia viró –aunque no por completo– hacia un posicionamiento político de derecha opuesto a las tendencias liberales reformistas. Se resentía así la imagen del desarrollo científico como vía para lograr la emancipación humana y cobraba fuerza la idea de una ciencia al servicio del control y del disciplinamiento de los individuos.

Es en este marco que arriban a la Argentina las ideas de Nicola Pende (1880-1970), endocrinólogo italiano partidario del régimen fascista que visitó el país para ofrecer un curso de posgrado a fines de 1930, invitado por el Instituto Argentino de Cultura Itálica y por la cátedra de Clínica Médica de la UBA, a cargo de Mariano Castex (Vallejo, 2012).⁷³ Los postulados de su teoría, denominada biotipología,

⁷³ En rigor de verdad, las ideas del endocrinólogo italiano habían comenzado a difundirse a comienzos de la década de 1920 en las páginas de *La Semana Médica*, cuyo jefe de redacción en ese entonces era Víctor Delfino, figura destacada en la difusión de la eugenesia en la Argentina (Vallejo, 2012).

Con respecto a la visita de Pende a Buenos Aires, cabe mencionar que, en ese mismo viaje, el médico italiano visitó también Montevideo, presidiendo la delegación italiana al Congreso Internacional de Biología y Medicina realizado en ocasión del centenario de la independencia uruguaya. Hay que

circularon fuera de Italia, en una red de países de “cultura latina” tales como España, Brasil y Argentina, en los que el componente racial predominante (la “raza latina”) era responsable, según Pende, de las mayores realizaciones culturales de la humanidad (Ferla, 2012). En nuestro país, la biotipología fue recepcionada, entre otros, por los médicos de niños en la década de 1930 y comienzos de la siguiente.

Pende dio forma a su teoría hacia 1922, motivado por la posibilidad de acentuar la aplicación práctica de la eugenesia galtoniana en el mundo latino. La biotipología se presentaba como “una ciencia moderna de la persona humana” (Scarzanella, 2003, p. 124), que no solo comprendía la medicina curativa y preventiva y la criminología, sino que pretendía además estudiar y gobernar la población. Así, planteaba una posible clasificación de los individuos a partir de características anatómicas, rasgos heredados, factores ambientales y funcionamiento hormonal. Este último punto era central en el pensamiento de Pende. Según este autor, las hormonas secretadas por las glándulas endocrinas influían sobre la constitución y la forma tanto corporal como espiritual. Se establecía de este modo una línea de continuidad entre lo biológico y lo psíquico, al plantear que la estructura y función de las glándulas internas constituían los fundamentos biológicos de la personalidad.

En la medida en que el biotipo de cada sujeto guardaba cierta relación con su temperamento, sus aptitudes y sus cualidades morales, la biotipología se presentaba como una teoría útil para un posible ordenamiento de la sociedad: parecía ser el más infalible mecanismo de detección de anormalidades físicas, psíquicas y morales no visibles aún, pero que constituían el germen de conductas, hábitos y actitudes que podían poner en riesgo la gobernabilidad. Y en tanto el biotipo “normal” no era sino una

señalar, asimismo, que, al igual que Argentina, Uruguay mostró simpatía por el fascismo italiano. Esto se evidenció con mayor claridad a partir de 1933, cuando un golpe militar colocó en la presidencia a Gabriel Terra, quien lamentaba que el fascismo no pudiera implantarse en un país con tradiciones democráticas y republicanas como el suyo (Vallejo, 2012).

abstracción, la biotipología partía del supuesto de que todos los sujetos presentaban algún tipo de anormalidad, de “desviación constitucional” aunque parecieran normales.

El lazo de la biotipología con la dirigencia política era directo, dado que proponía conocer en profundidad a los seres humanos en cuerpo y mente con el fin de mejorarlos y utilizarlos para potenciar el rendimiento de la colectividad (Vallejo, 2004). A su vez, existía una rama de la biotipología llamada “ontológica” o “auxológica”, dedicada al estudio de la población infantil para brindar protección higiénica al crecimiento y corregir las desviaciones, mejorando la especie a futuro (Gómez Di Vincenzo, 2011).

La Argentina mostró ya desde la década del veinte un clima propicio para poner en práctica las acciones impulsadas por la doctrina pendeana, en gran medida porque la eugenesia circulaba desde hacía tiempo entre intelectuales y expertos de diversas ramas del conocimiento. Recordemos asimismo que la biotipología era parte de ese “holismo médico” que, como vimos en el capítulo anterior, fue recepcionado en el contexto local. Después del golpe militar de septiembre de 1930 se afianzaron los lazos entre Argentina y el régimen fascista italiano. Luego de la visita de Pende, los médicos argentinos Octavio López y Arturo Rossi⁷⁴ lo acompañaron en su regreso a Italia y pasaron un año en Europa en el marco de una misión oficial encomendada por el presidente de facto, José F. Uriburu a través de Gregorio Aráoz Alfaro –entonces presidente del Departamento Nacional de Higiene–. Dicha misión tenía por fin conocer los avances internacionales en materia de eugenesia y medicina social y familiarizarse con el funcionamiento del Instituto Biotipológico de Génova y con otras instituciones de eugenesia de Alemania, Francia, Bélgica, Austria, Checoslovaquia, Suiza y España

⁷⁴ Rossi se desempeñaba como médico en las clínicas de Mariano Castex y Carlos Bonorino Udaondo y en el Hospicio de las Mercedes (actualmente Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”). Fue además Profesor en la escuela de enfermeras de la Cruz Roja. Octavio López, por su parte, era el director del Reformatorio Nacional de Olivera.

(Vallejo, 2012). A su regreso, en 1932, Rossi impulsó la fundación de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (AABEMS), institución emblemática de la eugenesia latina local y estrechamente vinculada con el poder público.⁷⁵ La AABEMS estaba inspirada en el Instituto Biotipológico de Génova y fundó su propio Instituto de Biotipología en 1935.⁷⁶ Poseía una extensa lista de miembros entre los que se contaban, médicos, abogados, criminólogos, pedagogos y demógrafos. Creó, además del Instituto, una publicación oficial, los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, un instituto de formación de visitadoras sociales (la Escuela Politécnica de Biotipología) destinado a maestras normales o graduadas de la Facultad de Medicina, de la Cruz Roja o del Museo Social Argentino, y una policlínica, dando así una nueva visibilidad a la eugenesia en Buenos Aires. Sus múltiples actividades incluían la realización de estudios para determinar los biotipos étnicos de la población argentina, como primer paso para diagramar un plan de acción eugenésico basado en el consenso social en torno a la necesidad de plasmar los principios eugénicos en políticas públicas y en campañas de divulgación sanitaria (Gómez Di Vincenzo, 2011). Se destacaron asimismo las medidas de lucha contra enfermedades como la tuberculosis y la sífilis y la preocupación por la salud y la

⁷⁵ La AABEMS se conformó como una entidad civil y contó con el apoyo económico del Estado hasta 1943. Ese año se produce su nacionalización e incorporación dentro de la esfera de la Dirección General de Salud Pública, a cargo de Eugenio Galli, uno de los fundadores de la Asociación (Vallejo & Miranda, 2004). Me permito señalar que en el texto citado se menciona a la Secretaría de Salud Pública de la Nación y no a la Dirección General de Salud Pública. En rigor de verdad, la Secretaría de Salud Pública de la Nación se creó por decreto en mayo de 1946 (Ramacciotti, 2009).

⁷⁶ El Instituto Biotipológico de Génova, fundado a mediados de la década del veinte, fue la institución emblemática del movimiento biotipológico. A cada niño que ingresaba al Instituto se le realizaban diferentes exámenes, cuyos resultados se asentaban en la “ficha biotipológica”: antropométrico, análisis de sangre y de las funciones biológicas de oxigenación y circulación, estudio psicológico (examen de las formas más simples de la actividad psíquica, tales como atención y memoria). Estas evaluaciones se complementaban con secciones de orientación médico-pedagógica, de prevención social (a cargo de los niños delincuentes y de mala conducta) y terapéutica, a través de una minuciosa observación y tutela en las escuelas, talleres y ejército.

En el caso de la Argentina, el Instituto de la AABEMS contaba con diversas áreas de investigación, a saber: estudio físico, psíquico y moral constitucional, examen psico-pedagógico y criminológico, orientación profesional, ortogenética física, medicina del trabajo y estudio de la nutrición acorde al biotipo poblacional (Gómez Di Vincenzo, 2011).

protección materno-infantil. Los resultados más prolíficos del accionar de la AABEMS se encuentran precisamente en este último ámbito, en un contexto marcado por políticas pronatalistas. Además de las acciones de propaganda y difusión a través de la radio y las revistas, la AABEMS organizó servicios sociales en las maternidades de la Capital, en los que se insertaron las visitadoras formadas en la Escuela de Biotipología. Asimismo, los médicos de la Asociación dieron gran impulso a la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia en 1936. Inspirándose en el trabajo de Pende, la Asociación creó la “Ficha Biotipológica” que complementaba el examen médico prematrimonial, la “Ficha Biotipológica Ortogenética Escolar” y la “Ficha Hereditaria Constitucional” implementada por eugenistas de la Asociación en el Patronato de la Infancia (Vallejo & Miranda, 2004). Para Arturo Rossi, estos instrumentos estaban destinados a conocer al niño como parte de un programa de “biología social” destinado a formar seres armónicos para consolidar el equilibrio social (Ferla, 2012).

La medicina infantil local recepcionó y difundió la biotipología pendeana en el marco de sus estudios sobre el desarrollo. En el Primer Congreso Argentino de Puericultura, Pedro Escudero (1941) tuvo a su cargo el relato oficial del tema “crecimiento y desarrollo del niño”. Uno de los puntos de su extensa conferencia versaba sobre “la evolución del biotipo infantil”, y no faltaron allí las referencias a las leyes de crecimiento del organismo formuladas por Pende y por Giacinto Viola, fundador de la escuela constitucionalista italiana en la que el propio Pende se había formado (Miranda, 2005). Escudero retomaba de Viola la división del impulso evolutivo inicial –que aparecía después de la fecundación– en dos fuerzas: una de ellas presidía el crecimiento, mientras que la otra comandaba el desarrollo.⁷⁷ En condiciones

⁷⁷ Escudero definía al crecimiento como el aumento de la masa corporal, especialmente en altura, mientras que el desarrollo correspondía a la transformación morfológica que se observaba a lo largo del tiempo y que llevaba a la materia viva, por evolución progresiva, “al estado perfecto o definitivo” (Escudero, 1941, p. 59). En la célula, el desarrollo estaba ligado a la calidad de la materia viva resultante

“normales” ambas fuerzas se equilibraban dando lugar al tipo eurítmico o biotipo normal por excelencia. Sin embargo, este ideal de la eugenesia prácticamente no se cumplía, por influencia de la herencia y de los factores que incidían sobre la gestación. Al respecto, la ley de antagonismo entre el crecimiento y el desarrollo de Viola planteaba que el aumento de la masa corporal (crecimiento) estaba en relación inversa con el grado de evolución morfológica (desarrollo). Esta dinámica daba lugar a dos biotipos: macrosplácnico, hipervegetativo o brevilíneo, en el que predominaba la masa por sobre la diferenciación, y microsplácnico, hipovegetativo o longilíneo, en el cual el desarrollo diferencial predominaba sobre la masa.

Con respecto a Pende, Escudero destacaba el papel preponderante que el médico italiano atribuía al sistema neuroendocrino sobre el crecimiento y desarrollo del individuo. Esto desembocaba en la Ley de Pende, que comandaba aquellas dos fuerzas de las que hablaba Viola. De acuerdo con la ley de Pende “existe una correlación harmónica alternante y antagónica que actúa sobre el crecimiento y la morfogénesis” (p. 67). Así, podía concluirse que un niño en el que, por ejemplo, la hipofunción de la tiroides y de la hipófisis se extendiera más de lo normal, presentaría aumento exagerado de peso, detención relativa del crecimiento y retardo en la dentición. En el caso contrario, un funcionamiento intensificado de ambas glándulas conduciría a un crecimiento exagerado en cuanto a la talla con reducción del peso corporal, trastornos de la nutrición y perturbaciones nerviosas.

Escudero destinó la mayor parte de su conferencia a tratar el tema de las causas que influían sobre el crecimiento y desarrollo infantil (en las etapas preconcepcional, intrauterina y postnatal) y las formas de conocer y vigilar la evolución normal del niño. No enumeraremos aquí las múltiples variables en juego en la dinámica del crecimiento

y, en el órgano, a la diferenciación celular que le otorga capacidad funcional. Estas definiciones tuvieron amplio consenso entre los médicos de niños, dado que pueden hallarse, casi sin diferencias, en numerosos trabajos del período estudiado.

y desarrollo, algunas de las cuales serán abordadas oportunamente en los capítulos que siguen. Sí nos interesa subrayar la importancia fundamental que en este punto cobraban las acciones de prevención realizadas sobre los padres antes de engendrar al hijo, sobre la mujer embarazada y finalmente sobre el niño:

Se tiene el hábito de considerar que la vigilancia de la salud y del desarrollo del niño, se circunscribe a evitar aquellas enfermedades que por su significado han entrado ya dentro del léxico corriente: tuberculosis, raquitismo, anemia, trastornos digestivos de todo orden, afecciones estacionales y las trasmisibles [*sic.*] por agentes vivos. Lo que no ha entrado dentro de las normas corrientes de la Puericultura, es el cuidado del desarrollo normal, la corrección de las perturbaciones nutritivas que llevarán al niño a una situación inmodificable. Para ello es indispensable estudiar la relación de la talla y el peso, la forma y el ritmo de la osificación, la forma del despertar psíquico, las tendencias espirituales del niño, la influencia que ejerce sobre él el ambiente en que vive, la euritmia de su desarrollo (Escudero, 1941, pp. 76-77).

Si bien cada niño llegaba al mundo con un “impulso de crecimiento” que recibía en herencia y que lo llevaría a un crecimiento óptimo, ese rendimiento máximo estaba supeditado no solo a las características familiares y raciales sino a variables como la alimentación y las condiciones de vida e higiene. En base a esta premisa, Escudero anteponía cierto reparo frente a los valores consignados en las tablas estadísticas de crecimiento, que “dan mínimas a las que puede tomarse como punto de referencia y que no es posible aplicar ciegamente en todos los casos” (p. 108). Algo similar planteaba el pediatra Fernando Schweizer en su comentario sobre el trabajo de Escudero. Schweizer dividía en dos los factores que gobernaban el crecimiento: endógenos, vinculados con los rasgos y disposiciones heredados, y exógenos, en los que se conjugaban alimentación, enfermedades, ambiente físico y psíquico y cuidados. Según el pediatra,

las curvas de peso y talla eran confeccionadas sin examinar previamente el estado de normalidad del niño. Su propuesta era precisamente analizar los factores endógenos y exógenos antes de incluir al niño como unidad en la estadística, separando a los niños euónticos de los disónticos.⁷⁸ El examen previo de las variables que incidían sobre el desarrollo no era una cuestión menor en un país como la Argentina,

el origen racial de cuyos habitantes es la consecuencia feliz del precepto del exordio de nuestra Constitución, referente a “todos los hombres del mundo que quieran habitar nuestro suelo”: meridionales y septentrionales se han radicado en él, y sus descendientes, los argentinos actuales, nos mezclamos en todas las combinaciones imaginables (“Discusión del relato oficial”, 1941, p. 140).

En suma, tanto en la postura de Escudero como en la de Schweizer se advierten dos cuestiones: por un lado, cierto reparo en torno a la confección de las tablas de crecimiento y a su uso mecánico y descontextualizado, dejando traslucir una predilección por la mirada clínica y el estudio en profundidad del caso individual. A esto se añade, como mencionamos, la preocupación por establecer los rasgos raciales propios del contexto local, todo lo cual configura un escenario en el cual se destaca la importancia del estudio de la particularidad local sobre la generalidad. En este sentido, la perspectiva de los médicos tomaba distancia de aquellos estudios que buscaban caracterizar un colectivo estableciendo la media, para acercarse a la doctrina pendanana, que sostenía que los individuos actuaban según ciertas características específicas de su biotipo, por lo cual no era posible encontrar un sujeto igual a otro. El diagnóstico basado en la biotipología partía del sujeto individual y la intervención que sobre él se

⁷⁸ La euontia se definía como el estado general normal de un lactante, determinado por su buena herencia, la calidad de los cuidados recibidos y la ausencia de infecciones reiteradas. La disontia era el extremo opuesto: una alteración del estado general en sentido amplio, es decir, del equilibrio de todas las funciones vitales (Casaubon, 1942). Para más detalles al respecto, véase el quinto capítulo de esta tesis.

hiciera buscaba ajustarse a sus cualidades. Es en ese sentido que puede hablarse de la biotipología como una teoría de la diferenciación humana.

Por otro lado, los autores adoptaban un criterio “ambientalista” para pensar el desarrollo infantil, el cual era compartido por otros médicos como Alfredo Casaubon (1942), para quien si bien era preciso considerar las variables racial y familiar al apreciar el crecimiento y desarrollo de un sujeto (ateniéndose incluso a las leyes de Viola y Pende), no debían dejarse de lado los factores ambientales que podían afectar tanto la esfera somática como la psíquica.

Las ideas de la biotipología circularon, como hemos podido observar, en el campo de la pediatría y la puericultura local, probablemente como parte de aquellas posturas que, en los años treinta, planteaban la necesidad de que la medicina adoptase un perfil holístico, capaz de abordar al enfermo (no a la enfermedad) entendido como una totalidad compuesta por factores fisiológicos, anatómicos, humorales, psíquicos, hereditarios y ambientales. Varios médicos de niños publicaron colaboraciones en las páginas de los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* y otros fueron miembros de la AABEMS. Tal es el caso de Gregorio Aráoz Alfaro y Juan P. Garrahan, que durante un tiempo formaron parte del Comité de Dirección de la Asociación. Sin embargo, si bien encontramos referencias a Pende y a Viola, en el campo de la medicina de niños no parece haberse estructurado un proyecto que sistemáticamente buscara clasificar a los niños de primera infancia de acuerdo con su biotipo. En esa dirección, es preciso señalar que la propuesta de biotipificar a la población nunca fue más allá de algunas pruebas y experiencias aisladas. Las iniciativas de fichado de la población escolar, por ejemplo, no se implementaron fácilmente y con la extensión pretendida (Cammarota, 2016). En este punto cabe subrayar nuevamente la necesidad de problematizar los alcances reales de las estrategias de disciplinamiento y control social,

a la luz del cruce entre el plano de las ideas eugenésicas y el de su materialización concreta en prácticas y dispositivos de intervención (Armus, 2016; Biernat & Ramacciotti, 2014b). En el caso de la biotipología, su escasa implementación podría atribuirse a la falta de apoyo oficial, a las falencias en lo relativo al presupuesto y la organización necesarios para formar los recursos humanos que realizaran el fichado de la población, y a las resistencias que dicho proyecto encontró en ciertos círculos médicos, pedagógicos y jurídicos que dudaban acerca del estatus científico de la teoría de Pende (Ferla, 2012; Gómez Di Vincenzo, 2012). En ese sentido, Stepan (1991) señala que la biotipología tenía una base científica más sofisticada que el resto de las ciencias que pretendían clasificar a los seres humanos,⁷⁹ pero era muy similar en su idealización y en la manera intuitiva en la que establecía la existencia de los “tipos”.⁸⁰ Y si se considera la enorme variabilidad de las poblaciones humanas, todo intento de distribuirlas en categorías fijas es, por lo menos, arbitrario y susceptible de generar controversias.

Podría añadirse otra hipótesis que contribuya a explicar la falta de aplicación práctica de la biotipología en la primera infancia. Hemos señalado que la lectura de los médicos sobre el desarrollo infantil tendía a ubicar a los factores ambientales casi en pie de igualdad con los constitucionales, relativizando de ese modo el biodeterminismo de la doctrina pendeana. En efecto, la biotipología consideraba las influencias ambientales

⁷⁹ Si se la compara, por ejemplo, con la criminología de Cesare Lombroso, la biotipología operó un desplazamiento de la antropología física a la antropología endocrina en su afán de detectar lo anormal. Así, la biotipología acentuaba la pretensión panóptica de visibilizar lo más íntimo del sujeto, ocultado por el cuerpo (Vallejo, 2004).

⁸⁰ Pende sostenía que existían cuatro biotipos en los cuales estaba representada la mayoría de los seres humanos: el tipo de línea larga pero funcionalmente fuerte, denominado “longilíneo sténico”, el tipo de líneas largas pero funcionalmente débil, denominado “longilíneo asténico”, el tipo de líneas breves y groseras pero funcionalmente fuerte, denominado “brevilíneo sténico” y el tipo de líneas breves y funcionalmente también débil, denominado “brevilíneo asténico”. Todos ellos eran desviaciones del “biotipo normal”, considerado una abstracción. El trabajo con los biotipos se realizaba por medio de un razonamiento por analogía, cuya característica principal es el hecho de llevar implícita una generalización, lo cual lo convierte en un razonamiento lógicamente inválido. Se partía, por ejemplo, del estudio del rendimiento laboral de un grupo de sujetos con ciertas características comunes (es decir, cierto biotipo) y cierta aptitud, infiriendo que todo individuo con ese biotipo sería dueño de esa cualidad (Gómez Di Vincenzo, 2011).

postconcepcionales en la conformación del biotipo pero sostenía que las características morfológicas, fisiológicas y psicológicas del individuo estaban esencialmente determinadas por las leyes de la herencia y accesoriamente por la acción ejercida por el ambiente (Gómez Di Vincenzo, 2011). Volviendo a la mirada más “ambientalista” de los médicos locales, no pueden dejar de considerarse dos hechos, situados en el marco más amplio de una tradición médica argentina en la que se combinaban la higiene, la eugenesia y la medicina social. Por un lado, la huella que la puericultura de Adolphe Pinard –con un perfil eminentemente preventivo y extendido a las etapas previas al nacimiento– dejó en el campo de la medicina infantil local.⁸¹ Por otro lado, cabe recordar la repercusión que tuvieron las ideas y prácticas de la higiene mental en el campo de los estudios del desarrollo, hecho del que nos ocuparemos en el próximo capítulo.

2.3.3. De la raza al ambiente: crecimiento y desarrollo en la segunda mitad del siglo XX

La biotipología siguió teniendo un campo de acción durante el primer peronismo y aún después del golpe militar de 1955 (Vallejo & Miranda, 2004). En el caso de los trabajos sobre crecimiento y desarrollo infantil escritos por médicos de niños, se hallan referencias a la doctrina pendeana hasta comienzos de la década de 1950. En su trabajo sobre clasificación de los períodos de la vida, Carlos Montagna (1950), Jefe del Servicio de Niños del Instituto Nacional de la Nutrición, citaba las leyes de Pende y de Viola, siguiendo lo planteado diez años antes por su maestro, Pedro Escudero, en ocasión del Primer Congreso Nacional de Puericultura. No obstante, unos años antes, Felipe de Elizalde (1947) enunciaba en términos más generales el dinamismo del desarrollo:

⁸¹ Al respecto, véase el cuarto capítulo de esta tesis.

¿Por qué se produce el crecimiento? En realidad no se sabe a qué se debe. Se habla de impulso vital, de propiedad del plasma germinativo inherente al ser que se transmite de generación en generación asegurando la perpetuación de la especie. La capacidad de crecer está en potencia en cada individuo, y se desenvuelve siguiendo una orientación fija, predeterminada y termina inexorablemente en cierta época. Pero al lado de este factor genotípico, hereditario, que explica las particularidades familiares y étnicas del crecimiento, actúan otros factores que pueden perturbarlo, con más frecuencia en el sentido de disminución o detención temporaria (de Elizalde, 1947, p. 52).

El autor señalaba la influencia que la regulación neuroendocrina y los factores alimentario y ambiental ejercían en el desarrollo infantil. Pero su caracterización del proceso no refleja el mismo miramiento por los determinismos del desarrollo, ya que, a diferencia de Escudero, Elizalde no partía de asumir que existía un impulso vital de crecimiento regulado por leyes específicas como las propuestas por la escuela constitucionalista italiana.

Desde mediados de la década de 1950 no se observan referencias a las leyes de Pende. Tal es el caso de Juan P. Garrahan, que, como mencionamos, durante los primeros años de existencia de la AABEMS había formado parte de su comisión directiva. En su extenso tratado *La Salud del Hijo*, publicado en 1955, el autor dedicó un capítulo a examinar la incidencia de la herencia y del ambiente en el crecimiento. Allí dejaba planteada la tensión entre ambos factores al momento de explicar la determinación de algunos rasgos del sujeto, y sostenía que el crecimiento estaba condicionado por el influjo genético, por el medio exterior y por la acción neurohormonal. En este último punto, la descripción del funcionamiento de las glándulas endocrinas y su efecto en el desarrollo podría en principio alinearse con la concepción pendeana. Sin embargo, Garrahan se limitaba a enumerar los efectos del mal

funcionamiento glandular en la esfera física, sin mencionar explícitamente las posibles repercusiones a nivel psicológico. Asimismo, sus afirmaciones no se autorizaban en la teoría de Pende, sino en el libro *Fundamentals of Human Reproduction*, publicado en 1948 por la médica estadounidense Edith Louise Potter. Esta desaparición de las referencias a la biotipología en la medicina infantil quedaba confirmada casi una década más tarde, en las XIII Jornadas Argentinas de Pediatría, donde una de las ponencias afirmaba que la interacción de las glándulas de secreción interna con el crecimiento y desarrollo “es muy compleja y no se conocen detalles” (Allegrí et al., 1963, p. 53).

Si bien hemos mostrado la importancia que muy tempranamente los médicos otorgaron al ambiente al momento de evaluar el desarrollo infantil, en la segunda mitad del siglo XX esta tendencia a relativizar el determinismo constitucional se profundizó. Así, tanto la nutrición como el ambiente pasaron a ser los factores extrínsecos más importantes. Las variables ambientales comprendían todo lo que rodeaba al niño: el clima, la altura, los cuidados maternos y los llamados factores socioeconómicos, a los cuales se atribuía una importancia cada vez mayor:

Actualmente se da mucho valor a lo que ha dado en llamarse factores socioeconómicos, que sintetizan una serie de elementos de distinta significación. Como ejemplo puede citarse el hecho de que tiene más importancia la situación económica y social de la familia que sus diferencias de raza y ubicación geográfica, tanto para los países bien como poco desarrollados (Fígoli, 1963, p. 12).

En lo que respecta al desarrollo de estadísticas sobre crecimiento, una primera cuestión a destacar es que, si bien se observan menciones a la determinación racial de ciertos rasgos del individuo (F. de Elizalde, 1947; J. P. Garrahan, 1955b), está ausente aquella preocupación por determinar los caracteres distintivos de la “raza argentina”. Es posible constatar en este punto un declive del discurso de la diferenciación de razas,

como consecuencia sin dudas de las aberraciones cometidas en su nombre durante la Segunda Guerra Mundial. No obstante, esto no quiere decir que hayan cesado las iniciativas antropométricas. En líneas generales, a partir de 1950 en el seno de la política sanitaria materno-infantil impulsada por el gobierno de Juan Domingo Perón se multiplicaron las medidas vinculadas con la protección a la niñez, hecho que retomó y profundizó iniciativas similares impulsadas durante los años de 1930 (Biernat & Ramacciotti, 2013; Cosse, 2005). En la primera infancia, estas se centraron en la alimentación y tuvieron como propósito reducir la tasa de mortalidad infantil, promoviendo asimismo estudios que dieran cuenta, por ejemplo, de la incidencia del clima en dicho fenómeno. En la segunda infancia, durante los últimos años de la década de 1940 la Secretaría de Salud Pública impulsó un trabajo en conjunto con el Departamento de Biotipología, destinado a realizar un minucioso examen antropométrico de los escolares con el fin de detectar anomalías que entorpecieran a futuro la productividad del adulto. Estos datos, volcados en la correspondiente ficha sanitaria escolar, no parecen haber sido recabados de manera sistemática, por falta de infraestructura y de personal capacitado para tomar los registros (Ramacciotti, 2010a).

En 1963, las XIII Jornadas Argentinas de Pediatría se organizaron en torno al estudio del desarrollo y crecimiento del niño, especialmente en lo respectivo a su biometría, en dirección a establecer los rasgos “del niño argentino medio” (Allegri et al., 1963, p. 51). En su conferencia sobre crecimiento y desarrollo normal, Carlos Fígoli (1963) señalaba que los estudios antropométricos y la confección de curvas del desarrollo físico y psicológico de los niños de primera infancia continuaban siendo escasos en la Argentina, y que la mayoría de ellos se realizaba en población de niños en edad escolar.

Pero si bien entre los médicos seguía siendo acuciante confeccionar tablas locales, Garrahan en su libro (destinado a un público amplio) optó por suprimirlas. En ese punto el autor seguía el modelo del *Children's Bureau* de los Estados Unidos que, en la edición de 1951 de su folleto *Infant Care* había reducido considerablemente la cantidad de cifras y tablas, dejando sólo valores globales para los progresos en peso y talla. En ambos casos, la decisión se basaba en la necesidad de relativizar la importancia conferida a dichas herramientas:

La normalidad de un niño debe establecerla el pediatra, a veces con la colaboración del especializado en psicología infantil. Si ellos juzgan con el criterio de la pediatría actual, no han de justipreciar la normalidad del mismo mediante la sola comparación de sus condiciones con los datos de las tablas y de las descripciones clásicas. Porque la variedad de niños es muy grande: los hay bajos, flacos, gordos, cabezones, etc. que están fuera de los límites (medibles) que fijan dichas tablas, y que son, no obstante, niños normales (...) La variabilidad se acentúa si se considera lo llamado funcional: el apetito, el sueño, la actividad, el número de deposiciones, el tonismo muscular, las modalidades sensoriales y psíquicas, etc. Y del mismo modo, es muy grande la diversidad en el cumplimiento cronológico del desarrollo: la aparición de los dientes, el comenzar a caminar y a hablar, etc. El médico (o el psicólogo de niños en determinados casos) deberá determinar si todo esto se ha cumplido o no dentro de los límites considerados fisiológicos (J. P. Garrahan, 1955b, p. 43).

La insistencia Garrahan en este tópico caracterizó su enfoque de la puericultura. Y a diferencia de lo que décadas atrás podía leerse en *Hijo mío...!*, Garrahan no alentaba a los padres a alcanzar la mayor perfección posible para sus hijos. Por el contrario, procuraba que sus lectores fueran capaces de asumir que cada niño era singular en su crecimiento y desarrollo y que así como nadie consultaría al médico porque un niño no tuviese ojos azules o talento para el dibujo,

cuando el lactante revele condiciones de salud y progrese por lo menos medianamente, no se justificará siempre consultar con ansiedad –como suele hacérselo– porque el mismo aumente 160 g por semana en lugar de 200 g como le correspondiera, o tenga 5 cm de talla menos que el primo de la misma edad (J. P. Garrahan, 1955b, p. 44).

Algo similar planteaba Escardó (1956d) en su crítica a la medicina mecanicista que, con la exagerada importancia que atribuía a los indicadores de crecimiento, perturbaba la real consideración del niño y estorbaba el estudio de indicadores más importantes relativos a la maduración (motora, sensorial, intelectual, emocional, psicosocial).

En suma, hacia el final del período estudiado aquí, se observa que las iniciativas médicas en torno a la medición y elaboración de tablas de crecimiento locales continuaron, aunque dicha tarea estuvo prácticamente despojada de apelaciones a la variable “raza”. En esa línea, desaparecieron las referencias a la biotipología y se profundizó la postura que matizaba el biodeterminismo característico de la medicina constitucionalista. Es así que los denominados factores extrínsecos (condiciones socioeconómicas de la familia, alimentación y cuidados recibidos) cobraron un papel cada vez más relevante en la consideración del desarrollo físico. Las propuestas de relevar indicadores locales se mostraban a tono con un clima de Segunda Posguerra en el cual la ONU, a través de UNICEF, impulsó la necesidad de investigar el crecimiento infantil como indicador de salud de diferentes países desarrollados y en vías de desarrollo (Ballester Añón & Perdiguero Gil, 2003). A su vez, no debe perderse de vista que en virtud de la creciente “psicologización” del desarrollo infantil, la pretensión de caracterizar al niño promedio se complejizó aún más:

Tratar de conocer al niño standard argentino en su forma real e integral es un ideal, pues para ello, sería necesario estudiar a todos y cada uno de los niños dentro del medio

geográfico, socio-económico y cultural en que se desarrollan. Como esto implica además el conocimiento de la personalidad y ésta se da sólo individualmente, comprendemos la imposibilidad de tal logro (Allegri et al., p. 51).

2.4. El paralelismo neuropsíquico en la concepción médica del desarrollo

Desde el momento del nacimiento hasta los alrededores del tercer año, el acopio de los materiales que asimilan las criaturas, así como la cantidad desconcertantemente creciente de actividades psíquicas, que adquieren a diario, es verdaderamente pasmosa. No existe otra época en la vida, en la que se hagan semejantes progresos en el campo mental, siendo también en la misma edad en la que opera el desarrollo y crecimiento del soma en forma más ostensible, y en la que emergen, igualmente, actividades funcionales que paulatinamente se van consolidando, existiendo un real paralelismo psico-fisio-somático de progreso incesante, en los niños normales, y con un ritmo de aceleración que no volverá a anotarse en el curso ulterior de la existencia humana (Krumdieck, 1937, p. 242).

La cita corresponde a una disertación que el médico peruano Carlos Krumdieck ofreció en ocasión del VII Congreso Panamericano del Niño, en 1935. En líneas generales, su postura condensa los puntos centrales de la concepción de desarrollo psicológico sostenida por la mayoría de los médicos a lo largo del período estudiado. Dicha concepción partía de la premisa según la cual existía un paralelismo somato-psíquico, es decir, que el psiquismo surgía y se desarrollaba a la par del crecimiento y la diferenciación morfofisiológica (Escudero, 1941; Gareiso, 1937; Gerscovich, 1944; Reca, 1944). Esta afirmación provenía de la tradición médica francesa, a partir de autores como André Collin, Ernest Dupré y Georges Heuyer. En efecto, la ley según la

cual las características neuro-musculares del niño evolucionaban de modo sincrónico con el desarrollo cerebral, había sido formulada por Heuyer, uno de los más importantes referentes de la psiquiatría infantil y juvenil en Francia, que ha sido considerado fundador de dicho campo (Mazet, 2014). A este postulado, Dupré añadió la premisa según la cual a todo “retraso” motor correspondía inexcusablemente un “retraso” intelectual (Cantlón, 1947).

La vinculación entre estructura y función, presente en todos los sistemas, se mostraba con particular claridad en el sistema nervioso, siendo la función “fiel reflejo de la estructura anatómica” (Cantlón, 1947, p. 39). Así, se sostenía que el recién nacido llegaba al mundo con una serie de componentes heredados filogenéticamente, que determinaban que sus funciones nerviosas fueran reflejas e instintivas. Las primeras eran fundamentales para la vida por su papel en la regulación de las funciones víscerocirculatorias (sistema simpático) y somáticas.⁸² Las segundas, de tipo superior a las reacciones reflejas, transformaban los reflejos discontinuos en series de actos combinados con una finalidad determinada, por lo general útil a la especie. La maduración consistía básicamente en la ontogénesis de la acción individual en virtud de un desarrollo creciente y continuo de la corteza cerebral. De esta manera, las funciones automáticas e instintivas *inferiores* eran controladas e inhibidas por la corteza, “dando así al sistema nervioso del ser humano su categoría fundamental de ser individual, liberado de la esclavitud del reflejo y del instinto” (Cantlón, 1947, p. 48).

Si bien esta perspectiva es la que predominó en el ámbito médico, puede destacarse una investigación –acotada en sus objetivos y en su muestra– que introdujo algunas objeciones a la concepción de un funcionamiento netamente reflejo e instintivo

⁸² Los reflejos y reacciones típicos del recién nacido eran el reflejo de prensión, el reflejo de Moro o reacción al susto, el signo de Babinski, la reacción de apoyo, los reflejos cutáneos abdominales, las sinreflexias, el reflejo de Magnus y Klein, entre otros. Para una descripción detallada de los mismos, véase Cantlón, B. (1947). Maduración del sistema nervioso. Consideraciones anatómicas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XVIII(1), 39–50.

en el recién nacido. Se trata de un trabajo del médico Vicente Anello (1948) sobre el reflejo de prensión palmar en el recién nacido, en el cual el autor asumía un punto de vista psicológico para el estudio de las respuestas reflejas. Esto suponía tomar cierta distancia de la mirada neurológica que veía la respuesta del niño como un acto completamente desprovisto de conciencia. En ese sentido, el autor proponía hablar de respuestas en lugar de reflejos, con el fin de no prejuzgar acerca de la intencionalidad de las reacciones. Retomaba los hallazgos del psicólogo alemán Kurt Koffka para afirmar que el recién nacido tenía una conciencia y tenía vivencias al ser estimulado y reaccionar. El estímulo era para el niño una figura, que se destacaba sobre el fondo ilimitado y poco definido de su mundo y que, en función de su cualidad (temperatura, sabor, etc.) configuraría estructuras adecuadas o inadecuadas. La experiencia de Anello en la Maternidad del Hospital Cosme Argerich sobre 104 niños de no más de seis días de vida, mostraba que no todos los examinados respondían al estímulo con el reflejo de prensión. En algunos casos, las respuestas eran irregulares y diferentes según el tipo de estímulo, en otros se producía una reacción de desagrado, o bien en un mismo niño la respuesta variaba dependiendo de su estado (vigilia en calma, vigilia en estado de excitación, dormido antes de ser despertado para la prueba). Finalmente, existían casos en los que no se respondía a ninguno de los tres estímulos utilizados. En suma, el estudio mostraba que para el niño no todos los estímulos eran iguales y que su respuesta dependía de múltiples factores, como el sueño o el hambre. Asimismo, otras reacciones típicas del bebé, como su desagrado al estar incómodamente arropado o al escuchar mucho ruido y sus movimientos de búsqueda del pezón, permitían concluir que el niño no era un ser “descerebrado”, sin información acerca de lo que ocurría en su cuerpo:

en el recién nacido algunos fenómenos fisiológicos que pasan en su organismo, cuando se salen de la normalidad, pueden llegar a sus centros superiores modificando su afectividad, que él exterioriza luego con la pluralidad de sus gestos y su llanto (...) Para

experimentar una modificación de la afectividad es preciso percibir un hecho agradable o desagradable (...) Si el niño puede tener conocimiento de algo, es porque debe tener alguna actividad intelectual. Este es un hecho innegable (p. 178).

Anello concluía afirmando que el ser humano nacía con formas rudimentarias de actividad consciente, tanto en lo afectivo como en lo cognoscitivo y en lo volitivo. Si bien su punto de vista claramente no predominó entre los médicos, su mención nos parece interesante a la luz de la circulación del conocimiento psicológico en el campo médico local.

Volviendo al tópico del paralelismo neuropsíquico, de él se derivaba la premisa según la cual la investigación del desarrollo neurológico permitía inferir el grado de evolución alcanzado en el desarrollo psíquico (Gerscovich, 1944). En esa dirección, Krumdieck (1937) planteaba que cualquier investigación sobre desarrollo psicológico debía estar afianzada en bases anatómicas y fisiológicas y no podía desligarse del funcionamiento de los centros nerviosos. Es preciso destacar que este criterio fue mayormente aceptado para comprender y estudiar el desarrollo fundamentalmente en sus primeras etapas. A partir de los dos años de edad, parecía ser cada vez más difícil sostener este criterio, hecho que ponía de manifiesto Telma Reca (1944) en su estudio sobre desarrollo neuropsíquico en niños de segunda infancia. Prueba de ello eran asimismo los trastornos de conducta, que Escardó (1949) prefería llamar trastornos de la maduración social. En ellos podía observarse una divergencia neuropsíquica, antes que un paralelismo: el niño era maduro en sus posibilidades motoras pero no cumplía o no alcanzaba las posibilidades psicosociales, tales como comer y vestirse solo, controlar esfínteres, entre otras. El análisis de estos cuadros condujo a Escardó a revisar el precepto del paralelismo neuropsíquico que, como veremos a continuación, constituiría la base de su propuesta de integración de la neurología y la pediatría. Así, en los años

cincuenta, el pediatra afirmarí­a que dicha ley requería ser revisada “para evitar simplificaciones excesivas” (Escardó, 1953c, p. 180). Escardó no descartaba por completo el valor clí­nico de la semiología neurológica, pero sostenía que el paralelismo era neto ú­nicamente cuando no existía una distinción franca entre el yo y el mundo exterior. Cuando el niño comenzaba a distinguir el mundo exterior, la ley mostraba “su insuficiencia normativa” (p. 180) por no tomar en cuenta el rol del factor psicosocial en la aparici3n de un retardo. En definitiva, la ley del paralelismo neuropsíquico podí­a mantenerse “dentro de un limitado rigorismo en las primeras semanas que siguen al nacimiento cuando al pediatra no le son ni accesibles ni hacederas las pruebas de inteligencia” (p. 181).

Ahora bien, más allá de estas anotaciones de Escardó, es posible afirmar que la idea de paralelismo de los procesos vitales siguió presente hacia el final del período investigado (Fígoli, 1963) y tuvo un rol central en la forma de conceptualizar y evaluar el desarrollo psicológico en la primera infancia. En lo que sigue se explorará la potencialidad y los límites del concepto de paralelismo neuropsíquico en la evaluaci3n médica del desarrollo.

2.5. Aquiles Gareiso y Florencio Escardó: la integraci3n de la neurología a la pediatría

En este apartado nos interesa abordar la empresa que Aquiles Gareiso, un neurólogo nacido en Montevideo, inició junto a su discípulo Florencio Escardó a mediados de la década de 1930, en torno a la integraci3n de la neurología a la pediatría. En aquellos años, Gareiso era Jefe del Servicio de Neuro-psiquiatría y Endocrinología del Hospital de Niños, la misma Sala XVII que con el correr del tiempo se transformaría en un

espacio privilegiado para el cruce de saberes y prácticas médicas y psicológicas. Florencio Escardó trabajaba junto con Gareiso desde 1934 y lo reconocería como el creador de la neuropediatría (Escardó, 1958). El Servicio de Neuro-psiquiatría y Endocrinología fue un espacio innovador en el que se realizaron por primera vez tratamientos con hormonas sintéticas y neuroencefalografías y, a principios de la década de 1940, algunos de los médicos que allí trabajaban incorporaron el psicoanálisis en sus diagnósticos y tratamientos sobre obesidad infantil y epilepsia (Rustoyburu, 2015).

Nuestro propósito al explorar la integración de la neurología a la pediatría es aproximarnos a una de las vías por las cuales la medicina infantil hizo foco en la evaluación del desarrollo neuropsíquico. A su vez, analizaremos los propósitos de dicha integración y procuraremos dar cuenta del sitio otorgado al saber y las técnicas psicológicas.

2.5.1. La “preocupación neurológica” en pediatría

En 1936, Gareiso y Escardó publicaron *Neurología infantil. Conceptos etiopatogénicos y sociales*, obra que abordaba la neurología en su proyección profiláctico-social como una disciplina que merecía ser considerada por todos los médicos (Gareiso & Escardó, 1936, p. 12). En aquellos años, parecía predominar entre los médicos una apreciación según la cual la neurología era una disciplina estática, prácticamente limitada a la esfera del diagnóstico y con escasas posibilidades terapéuticas. Gareiso y Escardó se proponían matizar esa visión a partir de mostrar la potencialidad de la neurología en el terreno de la prevención:

para muchos espíritus el neurólogo es algo así como un coleccionista de casos terminados y su esfera mental es la ocupación de sutillar el encasillamiento de ejemplos raros o difíciles (...) bastan las dos partes precedentes de este libro para

demostrar cuánto de plástico, dinámico y preventivo tiene la actividad médica dentro de la neurología y qué generosas y promisorias perspectivas se abren al pensamiento y a la acción en el cumplimiento del sabio y repetido “más vale prevenir que curar” (p. 92).

La obra, fundada en treinta años de ejercicio de la neurología infantil, pretendía establecer normas profilácticas para un grupo de enfermedades nerviosas que, en su mayoría, eran detectadas en un período tardío del desarrollo infantil. Dicho conjunto de patologías estaba conformado por la epilepsia, la oligofrenia, la encefalopatía, el síndrome de Little y la hemiplejía espasmódica. Dentro de las variadas afecciones del neuroeje, ellas se caracterizaban por aportar datos concretos sobre las causas etiológicas o, al menos, las circunstancias en que ellas actuaban. Cabe aclarar que todas estas patologías no eran enfermedades propiamente dichas, es decir, no guardaban estricta relación de causa a efecto con una noxa determinada frente a la cual el organismo se comportaba siempre de la misma manera. Se trataba de síndromes expresivos de causas diversas (sífilis, trauma obstétrico, prematurez, alcoholismo, entre otras) y de procesos patogénicos distintos. En suma, eran cuadros de causa exterior al individuo y posterior a la concepción. De allí que fuera posible, tal como proponían los autores, prevenirlos por medio de un esfuerzo combinado de educación, protección y asistencia. Autorizándose en Francis Galton, Gareiso y Escardó sostenían que dicho trabajo debía encararse con visión de eugenista a fin de identificar los factores que podían mejorar o empeorar los caracteres raciales de las futuras generaciones, tanto en lo físico como en lo psíquico.

Ahora bien, la profilaxis social de las enfermedades neuropsíquicas infantiles requería introducir algunas prácticas en el modo de trabajar habitual del médico. Al contrario de lo que sucedía con la tuberculosis, la sífilis y el raquitismo, la preocupación de los médicos por los cuadros neuropáticos y psíquicos no recibía, según los autores, particular importancia. Y si bien cualquier médico estaba capacitado para detectar los

signos de un trastorno determinado, ese conocimiento desembocaba en un diagnóstico tardío y no en una actitud precavida, que era precisamente la que Gareiso y Escardó procuraban instalar. Es en este marco que introdujeron el concepto de “preocupación neurológica”, a modo de “propaganda de ideas” (Escardó, 1949, p 427). Dicho concepto remitía a la necesidad de adoptar “un estado de alerta” con respecto a los problemas analizados en el libro (Gareiso & Escardó, 1936, p. 91), y era la piedra angular del proyecto profiláctico que encaraban los autores:

No pretendemos que el médico práctico, la partera o el pedagogo se transformen en neurólogos sutiles, pero sí que tengan presente en su espíritu de un modo continuo los jalones más importantes que pueden conducirlos, con tiempo, a la observación del sistema nervioso; del mismo modo que sin pretender que todo médico se haga un fisiólogo consumado se postula que por medio de las cutirreacciones rastree la tuberculosis en los cuadros patológicos que se ofrecen a su estudio (p. 92).

Para el médico no especializado, la llamada “preocupación neurológica” consistía, entre otras cosas, en controlar el desarrollo neuropsíquico por medio del examen del sistema nervioso, como veremos en el próximo apartado. Pero antes de profundizar en ello, nos interesa destacar que dicho concepto pretendía crear un vínculo estrecho entre la pediatría y la neurología. En 1937, en un curso de perfeccionamiento sobre enfermedades del sistema nervioso en el niño que dictó junto con Escardó en el Hospital de Niños “Dr. Pedro Visca” de la ciudad de Montevideo, Gareiso subrayaba la necesidad y la utilidad de auspiciar la conjunción de ambas disciplinas:

Confesándome un enamorado de mi disciplina habitual, no creo que sean razones afectivas, las que me llevan a sostener la verdadera necesidad de la creación de una especialidad neuropsiquiátrica dentro de la medicina infantil, no como casillero excluyente, sino, por el contrario, como estudio íntimamente vinculado a la pediatría

misma (...) pero sin menoscabo de la individualidad que merece su jerarquía, pues si bien es justa la desconfianza contra las especializaciones, si se las considera fraccionamientos más o menos artificiosos del saber, esta desconfianza no está justificada en modo alguno cuando, como en nuestro caso, es la consecuencia inexcusable del desarrollo del saber mismo (Gareiso, 1937, pp. 477-478).

La cita permite apreciar de qué modo esta incorporación de la neurología a la pediatría era leída a la luz de los debates al interior del campo médico por la legitimidad de las especialidades, cuyo enfoque parcial iba en detrimento de la mirada clínica. Gareiso resolvía el posible conflicto afirmando que la neuropsiquiatría era, con respecto a la medicina infantil, una disciplina integrativa, puesto que tanto la primera en su originalidad como la segunda en su naturaleza estudiaban al organismo humano en trance de crecimiento. Esta particularidad de ir “tan de la mano del ritmo biológico mismo” (p. 478), confería a la neuropsiquiatría especial trascendencia al enlazarla con la profilaxis de enfermedades y con la posibilidad de dar con los primeros indicios de cuadros patológicos,⁸³ aportando de ese modo un conocimiento sólido sobre sus fundamentos etiopatogénicos:

De todas las salas de nuestro Hospital de Niños es sin duda, –y lo sabemos por experiencia–, la de neuropsiquiatría y endocrinología, la que más tendencia tiene a convertirse en un pequeño asilo, es decir, en un museo de cuadros acabados e irremisibles. Solo una vigilante atención puede evitarlo y no siempre en grado absoluto; es más, para ciertos médicos, –doloroso es constatarlo–, una sala de neurología no es más que un asilo heterogéneo. ¡Error fundamental y pecado capital, que significa no

⁸³ Además de los síndromes ya mencionados, en trabajos posteriores el autor se ocupó de otros cuadros, tales como el síndrome depresivo melancólico. Intervenido a tiempo, dicho síndrome parecía corregirse con el aislamiento del paciente y su reeducación y reposo, previniendo así una psicosis. De allí la importancia de que el pediatra incorporase los conocimientos neurológicos para intervenir a tiempo, sin necesidad de derivar el caso con un especialista (Gareiso, Sagreras, & Petre, 1940).

haber meditado bastante en el concepto dinámico y evolutivo de nuestra disciplina, cuya descategorización produce con frecuencia la ocasión de sorpresivas satisfacciones, cuando de un caso que nos ha sido rotulado como fracaso absoluto, el estudio paciente arranca enseñanzas utilísimas, cuando no cuadros, que solo son rarísimos de observar para quien no piensa en poder encontrarlos jamás! (Gareiso, 1937, pp. 484-485).

Los desarrollos de Gareiso y Escardó en torno a la denominada “preocupación neurológica” fueron un paso previo a lo que, en las décadas siguientes, Escardó caracterizaría como la “preocupación psicológica”, y que hemos desarrollado en el capítulo anterior. Sin embargo, no debe suponerse que existió una suerte de relevo de la primera por la segunda. En efecto, a fines de la década siguiente, Escardó (1949) ubicaría a la preocupación neurológica en línea con la preocupación psicológica, señalando que ambas debían cumplirse conjunta y solidariamente y reforzando la importancia del diagnóstico neurológico:

abordar los problemas psicológicos o de conducta del niño sin base clínico-pediátrica y neuropediátrica conduce a una fragmentación igualmente peligrosa para el ordenamiento de las ideas médicas y para el enfoque del caso particular en sí (...) No es lógico ni legítimo someter a un niño a un tratamiento psicoterápico cualquiera que sea sin haber tomado en cuenta su situación neurológica exacta; valga este postulado para observadores tan cotizados y vigentes como Carlota Bühler, o cualquier otra escuela que pretenda que la psicología del niño es una actividad que pueda –en lo médico– cumplirse por sí sola (p. 427).

La cita es interesante por los elementos que aporta en torno a la consideración de los problemas psicológicos por parte de la medicina infantil. Como señalamos en el capítulo anterior, los fundamentos de la pediatría psicosomática propuesta por Escardó

se hallaban sobre todo en la neurología, y la incorporación de la psicología a la pediatría tenía por condición no dejar de lado la base clínica. Así, si en el Congreso de Puericultura de 1940 Escardó elogiaba la iniciativa de algunos médicos que, como veremos, incursionaron en la evaluación del desarrollo psicológico y celebraba la propuesta de incorporar dicha evaluación a la práctica clínica, ello era a condición de no diluir las fronteras disciplinares. En otras palabras, el planteo de Escardó pretendía construir una especificidad propia del enfoque pediátrico y salvaguardar las prerrogativas del médico de niños, cuyo rol no se confundiría con el del neurólogo, el del psiquiatra infantil o el del psicólogo.

2.5.2. El paralelismo neuropsíquico como principio rector del control del desarrollo

Como hemos podido apreciar, la pediatría y la neuropsiquiatría infantil eran, para Gareiso, disciplinas complementarias. La prueba más tangible de ello era que, en no pocos casos, los pediatras habían descrito y tipificado cuadros neurológicos. Sin embargo, según vimos, parecía existir cierta resistencia en los médicos de niños a adentrarse en la neurología, disciplina que solían ver como “esotérica y quintaesenciada” (Ruiz, 1942, p. 80). El control pediátrico del crecimiento y desarrollo –centrado en la talla, el peso, la fontanela, la dentición, la estática, la marcha y el lenguaje– era para Gareiso un tanto somero, puesto que no afinaba la observación del sistema nervioso, considerado “el más aristocrático de la economía y el de mayor abolengo” (Gareiso, 1937, p. 480). La neurología completaba y perfeccionaba entonces el fin pediátrico de supervisión y guía del desarrollo a través de normas sencillas y fáciles de ejecutar. Dichas normas se basaban en el paralelismo neuropsíquico

establecido por la tradición francesa a la que ya hicimos referencia. Este concepto era el que permitía controlar por medio del examen del sistema nervioso la marcha del crecimiento del neuroeje y fijar etapas que jalonaban ese crecimiento en relación con la edad. En virtud de ese paralelismo, la evolución psíquica del niño podía supervisarse controlando la marcha del desarrollo cerebral a través de técnicas de semiología neurológica, tales como la persistencia de ciertos reflejos, de hipotonía y de sincinesias bilaterales y la aparición del lenguaje.⁸⁴ Si, por ejemplo, pasados los 3 años de vida persistían los signos semiológicos correspondientes a las etapas previas se estaba ante un retardo en el desarrollo del neuroeje, constituyendo el síndrome de debilidad motriz de Dupré y Merklen, al que acompañaba casi siempre un “retraso” intelectual (Gareiso & Escardó, 1938). De igual modo, en el caso del lenguaje, si había transcurrido mucho tiempo entre la primera palabra y la primera frase coherente, se infería un “retraso” en la evolución psíquica.

El esquema de maduración nerviosa propuesto revestía especial interés, puesto que a través suyo se podía conocer el estado mental y psíquico del niño mucho antes de que aparecieran los indicadores psicológicos (atención, memoria, afectividad, voluntad) que permitían evaluarlo:

Del mismo modo y con igual simplicidad de técnica que cuando una fontanela tarda en cerrarse y los dientes son remisos en aparecer el pediatra induce que algo no marcha normalmente en el metabolismo cálcico, una hipotonía prematura o un [reflejo de] Babinsky [*sic.*] persistente deben poner en el camino de que algo no marcha en la maduración del neuro-eje; no será necesario nunca esperar a que el chico no aprenda a hablar o a que la madre nos lo traiga porque no entiende las órdenes elementales (Gareiso & Escardó, 1940, p. 327).

⁸⁴ Para una exposición detallada del esquema de madurez nerviosa propuesto por los autores, véase Gareiso, A., & Escardó, F. (1938). Esquema semiológico del paralelismo neuro-psíquico en la infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, IX(1), 3–6.

La ley del paralelismo neuropsíquico permitía entonces, en los primeros años de vida, juzgar el desarrollo psíquico a través del neuromotor. Desde el punto de vista de la relación entre medicina y saberes “psi”, esto es relevante en la medida en que dejaba a la neurología en una posición ventajosa con respecto a la psicología. En efecto, la neurología parecía ser capaz de brindar herramientas para un diagnóstico más temprano que aquel que ofrecían los instrumentos psicológicos:

Naturalmente que los test confeccionados por Binet, Binet y Simón, Osereczki [*sic.*], etc., permiten tener puntos de referencia fijos y seguros, pero, según lo descrito, se puede conseguir una visión panorámica de las etapas que el médico puede fijarse para prever con tiempo las lesiones que traben el desarrollo del neuroeje; de modo tal que no sea frente a un niño ya crecido que se tenga la evidencia de una afección neuropsíquica, como sucede habitualmente (Gareiso & Escardó, 1936, p. 106).

Desde esta perspectiva, la psicología aparecía como una disciplina limitada en su capacidad de abordar el caso tempranamente (durante los primeros dos años de vida). La mirada de este neurólogo y su joven discípulo pediatra destacaba así la importancia que la conjunción de dos ramas de la disciplina médica tenía en el marco de su proyecto higiénico y profiláctico. El principio del paralelismo neuropsíquico era el articulador entre pediatría y neurología y el concepto que legitimaba este maridaje que en principio excluía los aportes de la psicología. Sin embargo, en ese mismo momento, otros médicos de niños comenzaban a incluir técnicas psicológicas en la evaluación del desarrollo de niños de primera infancia. ¿Qué pruebas se utilizaron? ¿De qué modo se las aplicaba y con qué fines? ¿Cuáles fueron los resultados y qué indicaciones para la práctica médica se desprendieron de estas experiencias? En el capítulo siguiente nos adentraremos en dichos estudios procurando responder estos interrogantes.

2.6. Conclusiones del capítulo

Este capítulo pretendió en principio sistematizar una serie de ideas acerca de la noción de normalidad en su relación con la dimensión valorativa que le es inherente. El interés de estas ideas radica en que permiten reflexionar acerca del modo como la medicina conceptualizó el desarrollo del niño, ponderó índices de normalidad y conformó a partir de allí una serie de juicios sobre lo esperable, que asumió además el carácter de lo deseable. Los desarrollos de Foucault en torno al poder normativo y sus principios de calificación y corrección por medio de la valoración de las conductas nos sitúan frente a la psicología del desarrollo como disciplina con un rol clave en la conformación de criterios de normalidad. Autores como Arnold Gesell –cuya escala de evaluación fue empleada por los médicos locales– es uno de los ejemplos más representativos del modo como la psicología procuró establecer las conductas esperables de acuerdo con la edad cronológica en estratos diversos como el de las conductas motoras y sociales, cuyos niveles de predictibilidad y de universalidad son disímiles.

El capítulo se adentró luego en el análisis de la medición del crecimiento del niño de primera infancia, por constituir un antecedente de interés en la preocupación de los médicos por el control del desarrollo psicológico, tema que indagaremos en el próximo capítulo. Hemos revisado la importancia que cobró al comienzo del período indagado el precepto eugenésico de mejora de la “raza” y la consecuente preocupación por determinar el “tipo argentino” a partir de la elaboración de estadísticas locales, en un contexto en el cual determinar las particularidades se consideraba una tarea de mayor relevancia que establecer generalidades. Fueron estas preocupaciones eugenésicas las que, en los años treinta, pusieron a la pediatría en contacto con la biotipología de Nicola Pende, en un clima de ideas que acercaba la ciencia a las tareas de control y disciplinamiento de los individuos y que, como vimos en el capítulo anterior, proponía

acercar la medicina a un enfoque de carácter “holista”, que contemplara la compleja imbricación de lo somático y lo psíquico. Sin embargo, las fuentes consultadas parecen indicar que no existió un contacto estrecho y una aplicación sistemática de los principios de la biotipología, que únicamente fue utilizada como sustrato teórico para explicar las leyes que comandaban el desarrollo. Una hipótesis que contribuiría a explicar este hecho se vincula con el carácter ambientalista de la interpretación médica del desarrollo infantil, que tendió a relativizar el biodeterminismo de la doctrina pendeaniana. Hemos mostrado que hacia mediados del siglo pasado esta tendencia ambientalista se profundizó, y la consideración del medio desplazó visiblemente a la “raza” en las concepciones sobre el desarrollo. Estos cambios se produjeron en consonancia con las transformaciones en la conceptualización del niño y la creciente importancia atribuida a su desarrollo psicoemocional y a los vínculos establecidos con el ambiente.

A los fines de introducirnos en la temática de la ponderación del desarrollo psicológico, se abordó luego el postulado del paralelismo neuropsíquico que sustentó las consideraciones de la mayoría de los médicos a lo largo del período estudiado. De acuerdo con este principio, el psiquismo surgía y se desarrollaba a la par del crecimiento y la diferenciación morfofisiológica. De aquí se derivaba la premisa según la cual la investigación de la evolución neurológica permitía inferir el grado de desarrollo psíquico. Al respecto, hemos destacado que la validez de este criterio se limitaba a los dos años de edad, momento a partir del cual se hacía cada vez más difícil sostenerlo. Se ponían de manifiesto así los límites de la semiología neurológica, hecho que promovió sin dudas un avance en los métodos de evaluación propiamente psicológicos.

A propósito de esto, se revisaron por último los desarrollos de Gareiso y Escardó, lo cual nos permitió, entre otras cosas, explorar la potencialidad y los límites

del concepto de paralelismo neuropsíquico. El trabajo de estos médicos implicó una primera aproximación a la evaluación del desarrollo neuropsíquico, complementada luego por otras experiencias que incluyeron instrumentos psicológicos, tal como veremos en el próximo capítulo. Desde el campo de la neurología en su proyección profiláctico-social, Gareiso y Escardó propusieron un acercamiento de la pediatría a dicha disciplina, bajo el concepto de “preocupación neurológica”. La labor de estos médicos constituye un antecedente importante en la relación de la pediatría con la neurología a través de un proyecto que incorporaba el clásico perfil higiénico y preventivo de la medicina infantil. En relación con la psicología, los autores tomaban cierta distancia al momento de considerar sus aportes. En este punto parece primar cierta necesidad de legitimar el campo de la neuropediatría, al plantear las limitaciones que las propias técnicas psicológicas exhibían al momento de examinar a niños de primera infancia.

Capítulo 3

La evaluación médica del desarrollo psicológico⁸⁵

En base a lo planteado en el capítulo anterior, profundizamos aquí el estudio de las relaciones entre la psicología y la medicina infantil a partir del análisis de la evaluación del desarrollo psicológico en los primeros años de vida. La población infantil –sobre todo aquella en edad escolar– ocupó un lugar destacado en las investigaciones psicológicas: los niños fueron sujetos privilegiados, no solo por estar incluidos en un marco institucional escolar que los distribuía previamente en grupos sociales clasificados, sino fundamentalmente como potenciales objetos de intervención práctica (Danziger, 1990). En el contexto local, se han analizado las experiencias de evaluación psicológica en el ámbito escolar, mientras que las escasas evaluaciones realizadas en población de primera infancia se mantienen prácticamente inexploradas. Su indagación resulta de interés, puesto que ilumina una de las vías a través de las cuales la pediatría se ocupó del estudio de la esfera psíquica. Asimismo, nos permite examinar la relación entre psicología y campo médico en un momento en el cual las fronteras disciplinares no estaban aún claramente delimitadas. En esa dirección, es preciso recordar que, desde su institucionalización a fines del siglo XIX, la psicología buscó ser reconocida por el saber médico como una disciplina científica con un lenguaje específico y, sobre todo, con un conjunto de técnicas de inscripción de diversos aspectos del mundo bajo la forma de observaciones, gráficos, cifras, tablas y diagramas con el fin de hacerlos pensables. Así, las técnicas psicológicas con su registro minucioso y su clasificación

⁸⁵ Algunas de las ideas vertidas en este capítulo fueron publicadas previamente en Briolotti, A. (2016). La evaluación del desarrollo psicológico en los dispensarios de lactantes de Buenos Aires: medicina y psicología en la Argentina, 1935-1942. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(4), 1077-1093.

cumplieron un importante papel en el control de la mente y la administración de las diferencias humanas (Rose, 1996).

En el campo médico local, la ponderación del desarrollo infantil podía realizarse siguiendo dos criterios (F. de Elizalde, 1947): estático, de recolección de datos antropométricos y comparación con los valores medios de la población de igual edad y dinámico, que implicaba el estudio en profundidad de las capacidades funcionales, de las tendencias evolutivas y de las reacciones a estímulos diversos bajo una mirada clínica. En base a esto, puede afirmarse que la evaluación del desarrollo psíquico a lo largo del período analizado aquí tomó elementos de los dos criterios: la “medición” del Cociente Evolutivo (CE), que implicaba un análisis de aspectos funcionales del psiquismo, y su comparación con valores de referencia.

El capítulo explora en primer lugar una serie de experiencias llevadas a cabo en instituciones de protección materno-infantil de la Capital. Por un lado, se hará foco en las primeras evaluaciones del desarrollo psicológico en Dispensarios de Lactantes de Buenos Aires por medio de los tests confeccionados por Charlotte Bühler en Viena a comienzos de la década de 1930. Por otro lado, se analizarán los estudios que Telma Reca realizó como parte de sus tareas en la Dirección de Maternidad e Infancia del Departamento Nacional de Higiene, en el marco de su interés por desarrollar un enfoque médico-social basado en los principios de la higiene mental. Atendiendo a la relación que guardan las instituciones con el contexto sociopolítico en el que surgen y se desarrollan, el análisis del ámbito institucional en el cual se utilizaron las herramientas de evaluación psicológica permite elucidar el entramado de intereses y de propósitos en el que cabe situar este uso de la psicología por parte de los médicos. En lo que respecta a la vinculación entre pediatría y psicología en el marco de las políticas de asistencia materno-infantil, es posible advertir una divergencia entre el campo de problemas del

que se ocupó la medicina y la producción y circulación de conocimiento psicológico en los ámbitos educativo y académico (en este último, al menos hasta la creación de las carreras de psicología).

En segundo lugar, el capítulo indaga los usos de la escala del desarrollo elaborada por Arnold Gesell en la Universidad de Yale. Si bien dicho instrumento se publicó en la Argentina a mediados de la década de 1940, es recién en la década siguiente que algunos pediatras comenzaron a utilizarla en estudios que tenían como denominador común la intención de determinar la incidencia de ciertos factores ambientales en el curso del desarrollo. Estos usos de la escala de Arnold Gesell se conjugaron con la difusión creciente de investigaciones acerca de las consecuencias psíquicas de la privación afectiva en los primeros años de vida y con el ascenso de una concepción biopsicosocial del niño, que prestaba particular atención a la dinámica vincular en la que tenía lugar el desarrollo infantil.

3.1. La evaluación del desarrollo en las instituciones de asistencia materno-infantil

3.1.1. Los Dispensarios de Lactantes

La mayoría de los estudios que analizaremos en este apartado tuvieron lugar en diferentes instituciones de protección materno-infantil de la ciudad de Buenos Aires. De igual modo, en países de Europa como España y Francia los Dispensarios de Lactantes, junto con las Maternidades, los Institutos de Puericultura, los Centros de Atención Materno-infantil y las “Gotas de leche” fueron espacios físicos privilegiados para los estudios antropométricos y las evaluaciones del desarrollo psicofísico (Ballester Añón

& Perdiguero Gil, 2003). En la Argentina dichas instituciones surgieron en las últimas décadas del siglo XIX, a raíz del problema de la mortalidad infantil. Su creación puede vincularse, asimismo, con otros objetivos, ligados tanto al mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores populares y a su moralización (Biernat & Ramacciotti, 2008), como al proceso de medicalización de la maternidad y la reproducción (Nari, 2004).

En 1930 se abrió un período de considerable participación militar en el ámbito político y de una notoria ampliación de la intervención estatal en diversas áreas, entre ellas la salud. En ese marco, las políticas sanitarias destinadas al sector materno-infantil estarían atravesadas por el proyecto higiénico y eugenésico que sustentó los debates acerca del crecimiento y del mejoramiento de la población. En un contexto de disminución progresiva de la tasa de nacimientos que preanunciaba un despoblamiento del país, el Estado profundizó su injerencia en acciones hasta ese momento emprendidas por el sector privado, hecho que amplió la red de instituciones. Esto suscitó la necesidad de organizar a nivel nacional la protección materno-infantil, hecho que se concretó en 1923 con la creación de la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia en el seno del Departamento Nacional de Higiene y más tarde, en diciembre de 1936, con la sanción de la Ley 12.341 que preveía la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia. Una de las finalidades de este organismo era promover el perfeccionamiento de las generaciones futuras, para lo cual se proponía, entre muchos otros objetivos, la difusión de los postulados de la puericultura y la higiene infantil y la vigilancia del niño desde su nacimiento, a través de libretas o fichas sanitarias (Biernat & Ramacciotti, 2013; “Nuestra legislación. Ley de Protección Maternal e Infantil (Ley Palacios)”, 1938).⁸⁶

⁸⁶ Diego Armus (2007) y Marisa Miranda (2011) han subrayado las influencias de la orientación biotipológica en la Ley 12.341. La Dirección de Maternidad e Infancia fue creada siguiendo el modelo de

Los Dispensarios de Lactantes funcionaban como consultorio externo, pero además tenían como fin una “dualidad funcional” (“Administración Sanitaria y Asistencia Pública: Reglamentación General 1939-1940”, 1939): educar a las madres en los preceptos de la puericultura y suministrar alimento, combatiendo contra el “peligro alimenticio” (Bayley Bustamante, 1936), es decir, las afecciones producidas por una alimentación inadecuada. A lo largo de las décadas de 1920 y 1930 los Dispensarios se consolidaron y sufrieron transformaciones importantes, tales como la inclusión de visitadoras de higiene, quienes inspeccionaban el domicilio del niño y difundían los beneficios que otorgaban las instituciones de protección a la infancia, estimulando la concurrencia de los sectores más pobres (“Administración Sanitaria y Asistencia Pública: Reglamentación General 1939-1940”, 1939).

Este panorama configura el contexto en el cual el saber psicológico y sus técnicas se relacionaron con la medicina. Dada la preocupación de los expertos por la infancia y las condiciones de su desarrollo, cabe suponer que todo método que permitiese detectar indicios de “anormalidad” o “retraso” era pasible de ser anexado a la práctica médica. Y es preciso destacar que este cruce entre ambas disciplinas se produjo en el contexto de un desarrollo significativo de la psicología que implicó la circulación de autores, instituciones e ideas psicológicas (Klappenbach, 2002), y que desembocó en la creación de las carreras universitarias a mediados de la década de 1950. Esta constelación de factores no puede soslayarse al momento de pensar en la adopción de instrumentos de evaluación psicológica por parte de pediatras cuyo accionar no se restringía a garantizar la supervivencia del niño, sino que incluía además la

la *Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia* organizada por el régimen fascista italiano. Asimismo, los representantes de la ortodoxia eugénica local vieron en la normativa un antecedente de suma importancia en el proceso de constitución de un “genotipo nacional” y formación de un “tipo étnico superior” (Miranda, 2011, p. 184). Sin embargo, los inconvenientes para la efectiva reglamentación y aplicación de la ley a nivel nacional han sido igualmente señalados (Biernat & Ramacciotti, 2013; Miranda, 2011).

preocupación por los aspectos cualitativos del desarrollo. A su vez, es importante considerar que el objetivo de los médicos de llevar a cabo estudios en una población relativamente numerosa difícilmente se hubiese concretado de no existir un marco institucional que permitiera reunir un número considerable de casos. Según las estadísticas relevadas por Nari (2004), en la década de 1930 el 25% de los niños nacidos en la Capital eran atendidos en los Dispensarios municipales. Este porcentaje corresponde a una cifra superior a los veinte mil niños asistidos cada año y es un indicador del éxito obtenido por los médicos y las visitadoras de higiene en su tarea de acercar a la población a los Dispensarios y familiarizarla con el discurso y las prácticas médicas (Billorou, 2007b).

Analizaremos a continuación las características del examen y los resultados de su aplicación. Para ello, nos basaremos en una serie de trabajos realizados por médicos en algunos de los veinte Dispensarios de Lactantes que funcionaban en Buenos Aires (Tiscornia, 1936).

3.1.2. La medición del desarrollo en Dispensarios de la Capital

Los primeros registros del uso médico de pruebas de desarrollo psicológico en lactantes hallados hasta el momento datan de 1936. Ese año, la revista *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires* publicó un artículo en el que se exponía la experiencia de evaluación del desarrollo en el Dispensario de Lactantes n.16. Las mediciones habían comenzado en 1935 y constituían una experiencia de la que, según se afirmaba, no existían antecedentes en la Argentina. Los autores eran Tomás Slech, uno de los médicos que trabajaba en el Dispensario, y Carlos Carreño, Jefe del Dispensario, Profesor Adjunto de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la

Universidad de Buenos Aires y miembro de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social y de la Comisión Directiva de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires.⁸⁷ A esta primera comunicación siguieron otras en las que se ampliaban el comentario y el análisis de la investigación. Asimismo, los autores presentaron los resultados y proyecciones de su trabajo en otras publicaciones del ámbito médico, tales como *El Día Médico* y *Monitor de Enfermedades Sociales y Endémicas para el Médico Práctico*, así como también en el Primer Congreso Nacional de Puericultura, en el que afirmaban haber realizado, en el curso de tres años, más de ochocientos exámenes del desarrollo psicosensorial (Carreño & Slech, 1941). A su vez, la revista *Hijo mío..!*, destinada a un público amplio, hizo referencia a estas investigaciones y a sus principales resultados (Urquijo, 1937). Al trabajo de Carreño y Slech se sumó el de otros médicos como Pascual Cervini y Telma Reca, que realizaron evaluaciones en otros Dispensarios de la Capital, hacia fines de la década de 1930, con muestras nunca inferiores a los doscientos casos.

El accionar de las instituciones de protección materno-infantil estaba fuertemente orientado a la prevención y a la protección de la salud. Sin embargo, la reflexión de algunos de los médicos que realizaron los estudios muestra que hacia la década de 1940 existían aún resistencias al enfoque médico preventivo y a los estudios de tipo estadístico:

Los Dispensarios e Institutos de Puericultura tienen la misión de proteger la salud de los lactantes sanos, mediante acción de igual categoría científica que la que obra terapéuticamente, aunque no lo crean así aquellos médicos que prefieren luchar contra los procesos patológicos en vez de encauzar y dirigir el proceso fisiológico del desarrollo normal (...) No es frecuente, por otra parte, que los dirigentes sanitarios

⁸⁷ Carreño integró a su vez la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Higiene y Medicina Social, creada en 1933 en el seno del Museo Social Argentino con el propósito de estudiar todos los factores que afectasen a la biología y a la patología sociales (Miranda, 2005).

asignen la importancia que tiene esta medicina preventiva, ni que tomen a su cargo la tarea de estimular por todos los medios la conservación de la salud. Permiten y toleran el estudio del caso clínico como única manifestación de labor científica, sin que aparezcan trabajos sobre la masa de lactantes sanos (Carreño et al., 1938, p. 306).

Este clima de cierta tensión entre un enfoque médico-social de corte preventivo y uno médico-asistencial complejiza el panorama y aporta elementos que permitirían explicar la escasez de estudios del desarrollo (físico y psíquico) en población normal y el énfasis de autores como Telma Reca en la necesidad de incorporar una perspectiva cimentada en la higiene mental en los estudios del desarrollo.

Las pruebas utilizadas: los tests de Bühler

Antes de analizar los aspectos más relevantes de los trabajos locales, cabe preguntarse cuáles eran las características del instrumento utilizado. Se trataba de un conjunto de pruebas conocido como “los tests vieneses”, conformado por 17 series de diez tests cada una que permitían evaluar el desarrollo psicológico desde el nacimiento hasta los 6 años. Estos tests, publicados en 1932 en el idioma original y en 1934 en español, eran fruto del trabajo de Charlotte Malachowski Bühler (1893-1974)⁸⁸ –psicóloga de origen alemán– y su equipo en el Departamento de Psicología Infantil y Juvenil del Instituto Psicológico de Viena. La creación de este instituto en 1922 estuvo directamente vinculada con el panorama político y social de la Viena de aquellos años y es un

⁸⁸ Bühler estudió Ciencias Naturales y Humanidades en la Universidad de Friburgo y en la Universidad de Berlín. En 1918 se doctoró por la Universidad de Munich y en 1923 se instaló en Viena para dar clases en la Universidad. En los años siguientes ganó prestigio internacional a través de su investigación en temas de psicología infantil. Casada con el psicólogo Karl Bühler, a fines de la década de 1930 se instalaron en Oslo y luego emigraron a los Estados Unidos huyendo de la persecución Nazi. En 1942 comenzó a trabajar en el *Minneapolis General Hospital*. En 1945 se convirtió en ciudadana estadounidense y se mudó a Los Ángeles, donde se desempeñó como Jefa de Psicología en el Hospital del condado de Los Ángeles. Asimismo, fue Profesora de Psiquiatría en la *University of Southern California*, hasta su retiro en 1958.

ejemplo paradigmático de las relaciones establecidas entre la investigación psicológica y el desarrollo de políticas sociales (Ash, 1987). En efecto, desde su ascenso al poder en 1920, el Partido Socialdemócrata de Austria implementó programas de vivienda y políticas de reforma sanitaria y educativa tendientes a mejorar las condiciones de vida de la clase trabajadora. En este contexto, la puesta en funcionamiento del instituto fue posible gracias a las iniciativas del Ministerio de Educación que otorgó el espacio y los fondos necesarios a cambio de que las investigaciones emprendidas aportaran insumos para el movimiento de reforma escolar vienés, iniciado en 1919 por el educador Otto Glöckel. Partiendo de una concepción del desarrollo en la cual la actividad y los intereses del niño cumplían un rol fundamental, dicho movimiento se proponía renovar la formación de maestros y reconstruir la educación del niño sobre la base de un trabajo activo y estructurado en torno a “centros de interés” que promovieran el desarrollo de habilidades tanto intelectuales como manuales (Ash, 1987; Bustos, 1932).

El instituto estaba dividido en tres departamentos autónomos: el Departamento de Psicología Experimental –a cargo de Karl Bühler– dedicado especialmente a la investigación de aspectos vinculados con la percepción visual, el Departamento de Psicología Económica y Social, a cargo de Lazarsfeld y, finalmente, el Departamento de Psicología Infantil y Juvenil, dirigido por Charlotte Bühler. Dicha sección funcionaba en las instalaciones del Centro de Adopción de la ciudad, en el que se alojaban temporalmente niños que no podían ser criados por sus padres, por dificultades socioeconómicas o conflictos con la ley. La institución, con capacidad para más de 2.500 internos, era un sitio privilegiado para observar el comportamiento infantil. Esto hacía posible añadir a su función de asistencia social y ayuda material, el desarrollo de la investigación en psicología. A este respecto hay que decir que, durante el período que media entre las dos guerras mundiales, los psicólogos de diversos países de Europa

—entre los que podrían mencionarse Francia, Alemania, Austria, Rusia y Gran Bretaña— desarrollaron diferentes formas de *Psychotechnik* (psicotecnia) aplicada a los ámbitos laboral, educativo y jurídico (Pickren & Rutherford, 2010, p. 178). En el caso del Instituto Psicológico de Viena, la investigación de Charlotte Bühler contó con el apoyo económico de *Laura Spelman Rockefeller Memorial*, uno de los organismos que, como veremos más adelante, contribuyeron a la institucionalización de la psicología del desarrollo como campo de investigación en los Estados Unidos.

En lo relativo a la confección de las pruebas, Bühler pretendía superar algunas limitaciones que encontraba en la mayoría de los tests psicométricos conocidos hasta entonces. La más importante radicaba en la decisión de medir, en primer lugar, la reacción de los niños a una tarea y luego establecer estadísticamente la adecuación de cada tarea a un nivel de edad. Por el contrario, Bühler proponía evaluar aquellas actividades previamente establecidas como expresiones características de un nivel determinado del desarrollo. Respondiendo a esta exigencia, las pruebas habían sido elaboradas a base de minuciosas observaciones del comportamiento del niño durante las 24 horas del día, con el fin de aislar un número acotado de situaciones que generaban en forma rápida una modalidad de conducta de significación sintomática, característica para la edad (Bühler & Hetzer, 1934). La metodología de observación del niño en situaciones consideradas naturales seguía los pasos de Arnold Gesell, autor que trabajaremos más adelante en este capítulo y a quien Bühler había conocido durante su estancia de investigación en los Estados Unidos, a mediados de la década de 1920 (Woodward, 2011). Asimismo, al igual que Gesell, Bühler no se proponía evaluar únicamente el rendimiento intelectual, sino que se interesaba por el desarrollo general del niño, que caracterizaba como “su dominio y actitud en las diferentes esferas de la vida, sus necesidades, deseos, pensamientos y la clase de persona que sea” (Bühler &

Hetzer, 1934, p.15). En el transcurso de la prueba, el niño debía poder manifestarse en todos los aspectos de la conducta. Por esa razón, la autora había delimitado seis orientaciones fundamentales de la conducta que tenían cabida en el test: recepción sensorial, movimientos del cuerpo, sociabilidad, aprendizaje e imitación, trabajo del material (referida a la acción del individuo sobre el medio) y productividad mental, disposición creadora y persecución de fines. Estas dimensiones permitían evaluar el desarrollo, concebido como un progreso de la recepción sensorial al trabajo intelectual, en cuyo transcurso el niño lograba dominar su cuerpo, relacionarse con otros seres humanos y con instrumentos y adaptarse a las influencias del ambiente (Bühler & Hetzer, 1934). Se ha afirmado que fue Bühler la primera investigadora en completar un estudio experimental de las actitudes sociales en los dos primeros años de vida (Cairns & Cairns, 2006). Y es posible pensar que esta concepción del desarrollo en la cual la dimensión social recibía particular atención se alineaba con el espíritu de la pedagogía reformista. Pero lo cierto es que las investigaciones de Bühler no se centraron en responder a las demandas de los pedagogos. La autora focalizó su trabajo en los niños de primera infancia y no en escolares, bajo el supuesto de que sólo estudiando a los individuos desde el comienzo de la vida podría comprender mejor las orientaciones fundamentales que ésta adquiriría (Woodward, 2011). De modo que su investigación no se orientó a servir de base a la pedagogía, sino que fue el resultado de sus intentos de proteger a la psicología pura de la influencia de la pedagogía (Ash, 1987). En cuanto a los tests para la primera infancia, eran útiles sobre todo para evaluar la personalidad de los niños que llegaban al Centro de Adopción y determinar el destino más conveniente, que podía ser el retorno a su casa, la colocación en un hogar sustituto o la institucionalización (Bühler, 1943).

*De Viena a Buenos Aires: la aplicación de los test de Bühler en los
Dispensarios de Lactantes*

La experiencia que aquí analizamos consistió en la aplicación del instrumento confeccionado por Bühler a una amplia población de niños de primera infancia. Las fuentes consultadas revelan que la utilización de los tests vieneses por parte de los médicos de niños fue eminentemente práctica, sin entrar en disquisiciones de tipo teórico. Si bien la total ausencia de referencias bibliográficas hace imposible saber a través de qué vía los médicos argentinos tomaron contacto con el trabajo de Bühler, es muy probable que la fuente haya sido el libro *Tests para la primera infancia*, publicado en 1934 por la editorial española Labor.⁸⁹ Se trata de una obra breve y de inspiración práctica: dedica la mayoría de sus páginas a la exposición en detalle de las series de tests para cada edad, a las pautas de administración y a la valoración de los resultados. Pero, más allá del perfil aplicado de la obra, el tipo de recepción que de ella se hizo pone de manifiesto cierto “utilitarismo”, una de las características propias de la ciencia “en la periferia”, que ha determinado que la labor científica esté mayormente supeditada a la utilidad pública de sus resultados (Cueto, 1997). Junto con las dificultades en la obtención de equipamiento y materiales y con cierto nacionalismo presente en la selección y tratamiento de los tópicos, estos elementos propios de la ciencia en contextos alejados de los centros de producción configuran un panorama complejo, inscripto en el marco más amplio de las relaciones entre ciencia y Estado (Kreimer, 1999). En las páginas que siguen, intentaremos aproximarnos a algunas de estas cuestiones a partir del análisis de los usos de tests psicológicos en instituciones de salud materno-infantil.

⁸⁹ El hecho de que la biblioteca de la ex Casa Cuna de La Plata cuente con un ejemplar del libro, es un indicador de su circulación en el ámbito médico.

Al igual que el estudio de Bühler, las experiencias locales se llevaron a cabo en un marco institucional ligado a políticas estatales de bienestar. Sin embargo, las características de la toma y los objetivos fueron diferentes. Por empezar, el Dispensario no era para los niños un recinto familiar, por lo cual era imposible satisfacer uno de los principales requerimientos de administración del test: en la medida de lo posible, ésta debía llevarse a cabo en un lugar conocido por el niño, lo cual garantizaba que tanto su humor como su espontaneidad no se viesen afectados (Bühler & Hetzer, 1934). En el caso que analizamos, los tests se administraban en la sala de examen del Dispensario, en un rincón alejado de la puerta de acceso (Carreño & Slech, 1936b), posiblemente para evitar la distracción del niño. En cuanto a las personas intervinientes en la situación de test, era habitual que la madre estuviese presente. En este punto, Carreño y Slech seguían la recomendación de Bühler de incorporar una tercera persona conocida para el niño, de modo tal de tornar familiar el examen.

Durante el primer año de uso de la escala en el Dispensario n.16, ésta se aplicaba a niños de cualquier edad, debido a que el objetivo principal era dominar la técnica y poner a prueba su eficacia. Más tarde la evaluación del desarrollo psicosensorial se incluyó dentro del examen periódico que se llevaba a cabo en ciertas edades clave. Además de las mediciones físicas y psicológicas, a través del examen se pretendía detectar las primeras manifestaciones de enfermedades y corregir fallas de higiene y alimentación. Por todo esto se lo consideraba una pieza fundamental de la medicina preventiva, a punto tal que le era atribuido el descenso observado en la tasa de mortalidad infantil (Carreño et al., 1938). El primer examen se realizaba al mes de vida y se repetía cada trimestre hasta los 18 meses. Una última evaluación se llevaba a cabo a los 2 años. Sin embargo, los dos últimos exámenes eran difíciles de realizar debido a que, luego de los 12 meses de vida del niño, las madres difícilmente concurrían al

Dispensario (Carreño et al., 1938). La evaluación del desarrollo psicológico se añadía entonces a las mediciones del peso y de los perímetros cefálico, torácico y abdominal y al examen de las fontanelas y la dentición. Es posible que la adopción de este criterio encuentre su fundamento en la concepción del desarrollo sostenida por los médicos, según la cual soma y psiquis evolucionaban “en paralelo” (Carreño & Slech, 1941, p. 311). Pero si bien este paralelismo somatopsíquico podía hacer suponer que el solo estudio del desarrollo físico era suficiente –tal como sostenían Gareiso y Escardó– la existencia de casos en los que un desarrollo físico normal se acompañaba de desviaciones psicosenoriales, no sólo justificaba sino que hacía imprescindible la exploración de las funciones psíquicas (Slech, 1937).

Es interesante señalar que, si bien las pruebas eran aplicadas sin modificaciones, en la evaluación realizada a los 12 meses se incorporaban dimensiones no incluidas en los tests vieneses, lo cual da cuenta de cierta reformulación de la técnica en función de interrogantes propios del campo médico local. Una de las dimensiones incorporadas era el lenguaje, de cuya evaluación debía encargarse la madre, registrando el número de palabras pronunciadas por el niño y la fecha de emisión. El recuento de ese incipiente vocabulario era luego comparado con el desempeño en los meses subsiguientes. Otros aspectos explorados eran la estática y la marcha, a partir de la observación de los movimientos espontáneos del niño (Carreño et al., 1938).

En cuanto al resultado, una de las exigencias que el propio método vienés se había impuesto era la de ser preciso y capaz de expresión cuantitativa y comparación (Bühler & Hetzer, 1934). Permitía obtener una cifra correspondiente al cociente evolutivo (CE), resultado de la división entre la edad mental del niño (calculada en función del desempeño en las pruebas) y su edad cronológica. En la experiencia que analizamos se destaca el hecho de que, a diferencia de Bühler que establecía un CE

normal cercano a la unidad, Carreño y Slech (1938) habían arribado a un CE de entre 1 y 1,20 en el 65% de los casos, lo cual conducía a afirmar que los niños argentinos estaban “mejor dotados”. La causa de este fenómeno se atribuía a una mejor alimentación de la muestra local respecto de la europea, hipótesis que los autores presentaban como “la más aceptable” dada la franca correlación observada entre el estado nutritivo y el desarrollo psicosensorial (Carreño & Slech, 1938). La relación entre nutrición y actividad psíquica permitía explicar asimismo las reiteradas infecciones que sufrían los lactantes hospitalizados o en instituciones de crianza en común, puesto que se afirmaba que la carencia de estímulos psíquicos tenía como consecuencia una marcada disminución del apetito que dejaba al organismo sumamente expuesto a las enfermedades (Beranger, 1943a). En el último capítulo nos ocuparemos de este problema en detalle. Volviendo a la justificación de la diferencia hallada con respecto a la muestra europea, en la discusión de la ponencia presentada en el Congreso de Puericultura, Carreño y Slech ampliaron el espectro de las posibles causas, aludiendo al “factor de ambiente, de raza, etc.” (“Discusión de los relatos y contribuciones”, 1941, p. 341) para explicar estos resultados. Por su parte, tanto Cervini y Cabello (1942) como Reca (1941a) corroboraron en sus propios estudios lo expuesto por Carreño y Slech, añadiendo que la elevación del CE se debía a un rendimiento superior en las pruebas que evaluaban movimientos del cuerpo.

El diagnóstico cuantitativo no era, sin embargo, suficiente para dar cuenta del desarrollo psicológico puesto que, aún en un CE cercano a la unidad, el atraso en una función podía estar oculto por un gran desarrollo en otra. Por esa razón, el método vienés contemplaba una interpretación cualitativa que permitía precisar en qué aspectos el niño examinado mostraba atraso o adelanto. En este punto, el objetivo de Bühler era refinar el instrumento de modo tal de que no se limitara a detectar la anormalidad y

establecer el grado de desviación de la media normal, sino que permitiese, además, arribar a un buen diagnóstico, establecer un pronóstico y dar cuenta de las posibles causas del avance o retroceso observado. El test se proponía entonces proveer la información necesaria para que el médico o el educador pudiese delinear un tratamiento adecuado (Bühler & Hetzer, 1934). Así, la evaluación cualitativa consistía en discriminar, dentro de las seis dimensiones de la conducta estipuladas, aquellas en las que el niño mostraba un “retraso” o “adelanto”.

En la experiencia local, Carreño y Slech proponían interrogar a las personas encargadas del cuidado del niño, con el fin de ampliar y precisar la información aportada por la interpretación cualitativa. A través de dicho interrogatorio era posible dilucidar las causas del fenómeno observado, al tiempo que se ponía de manifiesto la incidencia del ambiente en el curso del desarrollo. En uno de los casos mencionados, la razón del “retraso” en las esferas social y de manipulación del material parecía esclarecerse luego de un interrogatorio a la madre, quien, según se supo, se ausentaba de su casa para trabajar, dejando al niño dormido la mayor parte del día, sin posibilidad de establecer contacto con otras personas (Slech, 1937). El ejemplo muestra de qué modo la interpretación, basándose en los datos aportados por el test, confirmaba una serie de supuestos asumidos por los médicos acerca de la relación entre maternidad y trabajo asalariado. Tal como han señalado Nari (2004) y Billorou (2007b), los médicos sostenían que dicha relación era perjudicial, y no dejaban de subrayar los efectos perniciosos del descuido físico y moral al que las madres trabajadoras sometían a sus hijos.

3.1.3. Las investigaciones de Telma Reca en el Departamento Nacional de Higiene

La incorporación de los tests psicológicos a la práctica médica estuvo ligada, como ha podido apreciarse, a los principios del movimiento de higiene mental, que promovía la vigilancia del desarrollo para una detección temprana de anormalidades (Bosch, 1930). Agregada al examen de rutina, la evaluación del desarrollo psicosensorial permitía discriminar si se estaba ante un caso de normalidad o anormalidad (Carreño & Slech, 1941), al tiempo que posibilitaba precisar el diagnóstico y dar indicaciones para el tratamiento (Slech, 1937).

En este apartado nos ocuparemos de las investigaciones sobre desarrollo neuropsíquico que realizó la Dra. Telma Reca en el marco de su actividad al frente de la División de Infancia Abandonada, Enfermos y Anormales de la Dirección de Maternidad e Infancia. La carrera de Reca se desarrolló en el ámbito de la psiquiatría, disciplina que abandonó parcialmente el asilo para extenderse hacia la comunidad con el movimiento de higiene mental. Y su caso es de particular interés para el presente estudio, por la relación que estableció con figuras de la pediatría local tales como Mamerto Acuña y Juan P. Garrahan. Dicha relación, propiciada a partir de su labor en el Hospital de Clínicas, permite trazar una filiación con el campo pediátrico local en virtud de la importancia otorgada a la higiene como estrategia de intervención social (Borinsky, 2009).

En lo que respecta a esta autora, debe hacerse notar que si bien en los últimos años en el campo de la historia “psi” se han producido diversos trabajos que se aproximan a su obra (Borinsky, 2009; Fendrik, 2006; Luque & Rodríguez Sturla, 2000; Rodríguez Sturla, 2009; L. Rossi, 2010) todos ellos se centran en sus desarrollos en el

campo de la psicoterapia infantil, dejando de lado estos recorridos enmarcados en lo que podríamos caracterizar como un enfoque médico-social de corte preventivo.⁹⁰

Telma Reca (1904-1979) formó parte del pequeño porcentaje de mujeres que egresaron de las universidades argentinas en las primeras décadas del siglo XX.⁹¹ Se graduó con diploma de honor en 1928 y entre 1929 y 1937 fue médica agregada del Hospital de Clínicas en la cátedra de Pediatría del Prof. Mamerto Acuña. En 1930 viajó a formarse a los Estados Unidos con una beca otorgada por el *Institute of International Education* y el *Vassar College* de New York. Durante diez meses investigó sobre delincuencia infantil y visitó Cortes Juveniles y Clínicas de Orientación Infantil (*Child Guidance Clinics*) que recibían a menores enviados por un juez (Reca, 1932). De ese trabajo resultó su tesis doctoral titulada “Delincuencia infantil en los Estados Unidos y en la Argentina”, presentada en 1932. Este trabajo, que contó con el padrinazgo del psiquiatra Nerio Rojas, le valió el premio “Eduardo Wilde”. La formación de Reca en los Estados Unidos continuaría a lo largo de las décadas siguientes: entre diciembre de 1942 y abril de 1943, con el apoyo de la Fundación Rockefeller, visitó el *Judge Baker Guidance Center* de Boston, la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, el Departamento de Pediatría del *New Haven General Hospital* en la Universidad de Yale, el *Cornell Medical Center* y el Departamento de Pediatría de la Universidad Johns Hopkins, en Baltimore, a cargo del psiquiatra infantil Leo Kanner (Reca, 1943a). Unos años más

⁹⁰ Al respecto, véase Ramacciotti, K. (2017). Entrecruzamientos de los saberes técnicos y estatales. El caso de Telma Reca. En F. Fiorucci & L. G. Rodríguez (Eds.), *Intelectuales de la educación y el Estado: maestros, médicos y arquitectos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. En prensa.

⁹¹ Para más detalles y datos estadísticos sobre el acceso de las mujeres argentinas a la universidad, véanse Palermo, A. I. (2006). El acceso de las mujeres a la educación universitaria. *Revista argentina de sociología*, 4(7), 11-46; Barrancos, D. (2010). *Mujeres en la sociedad argentina: una historia de cinco siglos*. Buenos Aires: Sudamericana; Ramacciotti, K., & Valobra, A. (2011). Modernas esculapios: acción política e inserción profesional, 1900-1950. En L. Jacinto & E. Scarzanella (Eds.), *Género y ciencia en América Latina: mujeres en la academia y en la clínica (siglos XIX-XXI)* (pp. 23-51). Madrid: AHILA-Iberoamericana-Vervuert y Lorenzo, M. F. (2016). *Que sepa coser, que sepa bordar, que sepa abrir la puerta para ir a la universidad: las académicas en la Universidad de Buenos Aires en la primera mitad del siglo XX*. Buenos Aires: Eudeba. Una articulación con debates más amplios sobre ciencia y género puede hallarse en Acevedo, C. (1994). La mujer en la ciencia y la tecnología. Una cuestión de valores. En L. Knecher & M. Panaia (Eds.), *La mitad del país. La mujer en la sociedad argentina* (pp. 329-336). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

tarde, entre 1955 y 1957, fue psiquiatra supervisora en el *St. Luke's Hospital* de la Universidad de Columbia y en el *Northside Center for Child Development* de New York (Reca, 1943b). Estos viajes de formación en Estados Unidos tuvieron un impacto directo tanto en su producción teórica como en la aplicación a la profilaxis y al tratamiento de trastornos de conducta infantiles y son claros indicadores del creciente influjo de la medicina estadounidense en el contexto local (Cueto, 1997).

Entre 1932 y 1937 Telma Reca desempeñó actividades docentes en el curso de Visitadoras de Higiene del Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA, llegando a ser subdirectora del mismo (Foradori, 1939). A su vez, en 1934 se hizo cargo del flamante Consultorio de Higiene Mental de la Cátedra de Pediatría, con sede en el Hospital de Clínicas. Este espacio, cuya creación fue propuesta al Prof. Mamerto Acuña por la propia Reca (Reca, 1963), ha sido caracterizado como una iniciativa pionera en la atención ambulatoria de niños con trastornos de conducta. Su labor en los comienzos estuvo inspirada en los principios de la higiene mental y funcionaba siguiendo el modelo de las *Child Guidance Clinics* de los Estados Unidos, con las que Reca había tenido oportunidad de contactarse en su primer viaje de estudios a dicho país. En líneas generales la institución proponía un tratamiento con foco en la prevención y en la intervención sobre los factores ambientales, a través de indicaciones y consejos.⁹² Con los años el consultorio creció y, gracias al apoyo de Juan P. Garrahan como titular de la Cátedra de Pediatría, amplió sus instalaciones y pasó a denominarse Centro de Psicología y Psiquiatría. A comienzos de la década de 1960 el Centro se independizó de la Cátedra de Pediatría y se transformó en el Departamento de

⁹² Para más detalles con respecto al funcionamiento de las *Child Guidance Clinics* y del Consultorio de Higiene Mental, véase Reca, T. (1931). Clínicas de Orientación Infantil en los Estados Unidos. *La Semana Médica*, XXXVIII(40), 1082–1085; Reca, T. (1963). Introducción a la Primera Edición. En T. Reca (Autor), *Psicoterapia en la infancia* (2a ed., pp. 11–16). Buenos Aires: Paidós. y Borinsky, M. (2009). *Historia de las prácticas terapéuticas con niños. Psicología y cultura (1940-1970)*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva de la UBA, sede las cátedras de Psiquiatría Infantil del curso superior de médicos psiquiatras y de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la carrera de Psicología (Reca, 1963). El Departamento, creado y dirigido por Reca, contaba con un plantel de más de sesenta profesionales (Stewart de Costa, Kusnir, & Yunes, 1992) y constituyó uno de los espacios de formación y práctica profesional de las primeras camadas de psicólogos de la UBA (Dagfal, 2009). Al respecto, es de destacar que Reca formó parte de la comisión de profesores encargada de elaborar el proyecto de creación de la carrera de Psicología de la UBA y fue titular de las cátedras de Psicología Evolutiva y Psicología Clínica de Niños entre 1957 y 1966, cuando junto a otros colegas abandonó la universidad tras el Golpe de Estado encabezado por el General Juan Carlos Onganía.⁹³ En 1967, luego de la disolución del Departamento de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva, Reca fundó el Centro de Estudios Médico-Psicológicos de la Niñez y Adolescencia (CEAM), con el fin de continuar en el ámbito privado las actividades asistenciales, docentes y de investigación que desarrollaba junto con sus colaboradores en la universidad (Reca, 1972).

Si bien estos datos ponen de manifiesto su relevancia como figura clave en el desarrollo de la psicología local como profesión, hay que señalar que la figura de Reca suscitó rivalidades en muchos psicoanalistas (Diamant, 2010) y no gozó de especial reconocimiento por parte de los estudiantes de psicología de la UBA, entre quienes

⁹³ Un mes después de su llegada al poder, el movimiento militar que derrocó al gobierno constitucional de Arturo Illia decretó la disolución del gobierno universitario tripartito y los consejos superiores y obligó a los rectores y decanos a transformarse en interventores bajo el control del Ministerio de Educación. El rechazo que generó esta disposición en numerosas universidades (UBA, UNLP, UNC, entre otras), se manifestó a través de acciones concretas como la toma de edificios por grupos de estudiantes y docentes. Estos hechos precipitaron una inmediata respuesta por parte del poder de turno, que desalojó con violencia los edificios tomados, agrediendo físicamente a quienes permanecían en ellos. Estos episodios –cuya manifestación más brutal fue la llamada “Noche de los Bastones Largos”– suscitaron una ola de renuncias en diversas facultades de la UBA, de la cual se estima que más de mil trescientos docentes abandonaron sus cargos (Buchbinder, 2005).

rápidamente la orientación clínica psicoanalítica se consolidó como perfil profesional privilegiado. Por un lado, esto podría deberse a su marcada identidad médica que la llevó, en el ámbito de la clínica, a distinguir de manera jerárquica las incumbencias del médico y del psicólogo, manteniendo a este último en el rol de auxiliar de aquél (Dagfal, 2009). Por otro lado, Reca no hizo del psicoanálisis el centro de sus reflexiones teóricas y de su práctica profesional. Antes bien, desarrolló un enfoque teórico que caracterizó como genético-dinámico-profundo, en el cual lo genético hacía referencia a lo evolutivo total y, por ende, no tenía como eje exclusivo la evolución psicosexual y lo acontecido en los primeros cinco años de vida. Esta toma de distancia frente a una perspectiva que cobró fuerza rápidamente hasta convertirse en la matriz teórica predominante en el campo “psi” posiblemente haya contribuido al hecho de que, con los años, Reca se transformara en una “maestra de medicina casi olvidada” (Stewart de Costa et al., 1992), incluso en el campo de la historiografía de la psicología y de la medicina. Finalmente, no deberían soslayarse las consecuencias del hecho de ser mujer en un ámbito profesional masculinizado, donde las variables de género han sido limitantes en el acceso, la delimitación de espacios de acción y el reconocimiento (Martín & Ramacciotti, 2016).

Pero volvamos a las décadas previas a la participación de Reca en la carrera de psicología para explorar su interés por la evaluación psicológica en la infancia. En octubre de 1940, en ocasión del primer Congreso Nacional de Puericultura, la autora expuso los resultados del examen de 230 niños de 0 a 2 años que concurrían al Dispensario de Lactantes N° 3 y al Lactario del Hospital de Clínicas. Estas experiencias se habían realizado, como mencionamos, en el marco de su actividad al frente de la División de Infancia Abandonada, Enfermos y Anormales de la Dirección de Maternidad e Infancia. Los instrumentos aplicados eran tests psicológicos destinados al

estudio “de las funciones intelectuales” (Reca, 1941a, p. 271): el test de Bühler, del que ya hemos hablado, y la revisión de la escala Binet-Simon⁹⁴ realizada en 1912 por Frederick Kuhlmann (1876-1941), director de investigación psicológica en la Escuela de Débiles Mentales y Colonia de Epilépticos de Minnesota.⁹⁵ La revisión de Kuhlmann fue la tercera llevada a cabo en los Estados Unidos (la primera estuvo a cargo de Henry Goddard y la segunda fue realizada por Lewis Terman).⁹⁶ Incorporó muchas de las modificaciones previas y agregó otras, tales como la eliminación de pruebas redundantes y el traslado de pruebas de un grupo etéreo a otro en virtud de su facilidad o dificultad excesivas. No obstante, la modificación más significativa fue la extensión del límite etéreo inferior de la escala hasta los tres meses de edad. Kuhlman añadió pruebas para 3, 6, 12 y 24 meses motivado por dos cuestiones: en primer lugar, por los requerimientos particulares que suponía el examen de los casos graves de debilidad mental y, en segundo lugar, con el fin de arribar a un diagnóstico de deficiencia mental en la edad más temprana posible (Kuhlman, 1912). Estas eran precisamente el tipo de

⁹⁴ La escala, publicada originalmente en 1905, fue el resultado del trabajo de Alfred Binet (1857-1911) y Théodore Simon (1872-1961) a pedido del Ministro de Instrucción Pública de Francia, quien conformó una comisión de médicos, educadores y otros científicos para que desarrollaran métodos para diferenciar a los niños normales de aquellos incapaces de gozar de los beneficios de la enseñanza en las escuelas públicas de París. La escala tenía como propósito estimar la inteligencia general mediante una serie de pruebas sencillas que medían los efectos combinados de la atención, la imaginación, el juicio y el razonamiento, aspectos que Binet juzgaba centrales en la ponderación de la inteligencia. Las pruebas eran breves, abarcaban una amplia gama de actividades mentales y no dependían completamente de la instrucción escolar (Carroy, Ohayon, & Régine, 2006; Garrett, 1966).

⁹⁵ Los tests se administraron de la siguiente manera: a 82 niños de 0 a 1 año y a 8 niños de 1 a 2 años se les administraron las escalas de Bühler y Kuhlman, mientras que a 140 niños (116 de 0 a 1 año y 24 de 1 a 2 años) se les administró únicamente la escala de Kuhlman. En cuanto a la escala de Arnold Gesell, Reca destacaba su valor, pero manifestaba la imposibilidad de aplicarla en el contexto local debido a los requerimientos de personal e instalaciones especiales para su administración. Hacia los años sesenta, el Departamento de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva que dirigía Reca llegó a contar con una Cámara Gesell (Stewart de Costa et al., 1992), pero como veremos más adelante en este capítulo, las exigencias de equipamiento no parecen haber constituido un impedimento para la aplicación de la escala de Gesell en las décadas siguientes.

⁹⁶ Para un análisis crítico de la apropiación y los usos de la escala de Binet en los Estados Unidos, véanse Gould, S. J. (1981). *The mismeasure of man*. Harmondsworth: Penguin Books (Traducción al español: Gould, S. J. (1988). *La falsa medida del Hombre*. Buenos Aires: Hyspamerica); Sokal, M. M. (1987). *Psychological Testing and American Society, 1890-1930*. New Jersey: Rutgers University Press; Kline, W. (2001). *Building a Better Race: Gender, Sexuality, and Eugenics from the Turn of the Century to the Baby Boom*. Berkeley: University of California Press; y Carson, J. (2007). *The measure of merit: Talents, intelligence, and inequality in the French and American republics, 1750-1940*. Princeton: Princeton University Press.

acciones que situaban a la evaluación del desarrollo psicológico en línea con los objetivos de más amplio alcance trazados por el programa de higiene mental que se desarrolló en los EEUU a comienzos del siglo XX (Grob, 1987).

En su estudio, Reca perseguía un doble propósito: por un lado, conocer el nivel general de la población infantil, su ritmo de desarrollo psíquico y los factores que influían sobre él en el medio local. Por otro lado, la investigación procuraba determinar la validez de los instrumentos confeccionados en otros países. La mirada de la autora hacia las técnicas empleadas en su estudio no dejaba de advertir acerca de los factores que podían alterar los resultados del test: desde el entorno no familiar en el que se administraba la prueba hasta la inevitable aparición de un extraño –el propio examinador– que podía condicionar en mucho las reacciones del niño. Sin embargo, la importancia otorgada al examen psíquico en la higiene mental inclinaba la balanza en favor de los métodos de indagación psicológica:

[Es] innecesario insistir sobre la conveniencia del estudio del desarrollo psíquico desde el nacimiento y su importancia para el diagnóstico temprano de aptitudes y deficiencias y la orientación correspondiente de la conducta y los medios educativos y la terapia correcta si el caso lo requiere. La eficacia del procedimiento ha sido claramente demostrada por la experiencia dilatada de Gesell y de Bühler, y por los grupos de investigadores que con ellos han trabajado, en especial en la primera infancia, y por numerosísimos estudiosos de todos los países, en edades posteriores (Reca, 1941a, p. 272).

A diferencia de los reparos con que Gareiso y Escardó ponderaban el aporte de las técnicas psicológicas, Reca mostraba una actitud diferente que se explicaría, como intentaremos mostrar, por cierta preocupación de tipo social que la llevó a enfocar el problema del desarrollo infantil a partir de las ideas y herramientas enmarcadas en el

nuevo movimiento de higiene mental. Cabe intercalar aquí un breve comentario a propósito de otra investigación de Reca, en la cual se proponía indagar la relación entre los aspectos neuromotor y psíquico (fundamentalmente intelectual) del desarrollo en la segunda infancia. En su estudio, realizado entre 1940 y 1941, Reca examinó a 192 niños siguiendo las pruebas de Collin y a 137 niños a través de la escala de desarrollo motor de Ozeretzki⁹⁷ y la escala Binet-Simon en la revisión de Terman. Por tratarse de muestras poco numerosas, no cabía según la autora atribuir una validez absoluta a las conclusiones del estudio. No obstante, los casos examinados mostraban que, en niños de edad preescolar, el desarrollo motor y el intelectual seguían una evolución paralela sólo en la mitad de los casos observados y que, en consecuencia, la maduración neuromotora no era un elemento de juicio fidedigno para valorar o anticipar el desarrollo mental, que tendía a adelantarse a ella. Una vez más, esto colocaba a las herramientas psicológicas en un plano de superioridad frente a los métodos de indagación basados en la premisa del paralelismo neuropsíquico (Reca, 1944).

Es preciso señalar asimismo que fue precisamente Reca una de las autoras que más participó en los comienzos de la sección “Psicología y Psiquiatría del Niño” de *Archivos Argentinos de Pediatría*, inaugurada, como vimos, mientras Juan P. Garrahan dirigía la revista. Y en lo que respecta específicamente a los tests psicológicos cabe detenerse en la reseña de la tesis de Carlos Veronelli que Reca publicó en 1945 en

⁹⁷ La escala de evaluación del desarrollo motor de Ozeretzki para niños de 4 a 16 años fue confeccionada en Rusia a comienzos de la década de 1930. Para cada nivel de edad, la escala pautaba seis pruebas que evaluaban diferentes aspectos, a saber: 1) coordinación estática; 2) coordinación dinámica de manos; 3) coordinación dinámica general; 4) velocidad; 5) movimientos asociados; 6) movimientos sincinéticos. Para más detalles sobre la escala y las pruebas para cada nivel de edad, véase Kopp, H. (1946). Psychosomatic study of fifty stuttering children: II. Ozeretzky tests. *American Journal of Orthopsychiatry*, 16(1), 114–119 y Ozeretzki, N. (1936). L'échelle métrique du développement de la motricité chez l'enfant et chez l'adolescent. *L'Hygiène Mentale*, XXXI(3), 53–75. Recuperado a partir de [http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96339642.r=Revue de neuropsychiatrie infantile et d%27hygiène mentale de l%27enfance?rk=85837;2](http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96339642.r=Revue%20de%20neuropsychiatrie%20infantile%20et%20d%27hygi%C3%A8ne%20mentale%20de%20l'enfance?rk=85837;2).

Otros usos de esta escala en el campo de la medicina infantil local se vincularon con las indagaciones en torno al síndrome adiposogenital. Al respecto, véase Rascovsky, A. & Rosquellas, A. (1941). Estudio del desarrollo psicomotriz según el test de Ozeretsky en el síndrome adiposogenital. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XII(3), 292.

Archivos Argentinos de Pediatría. Allí caracterizaba el trabajo de Veronelli como “la presentación de un tema ante un público intelectualmente alejado de él y descreído” (Reca, 1945, p. 177), lo cual ilustra la actitud dominante –al menos entre los médicos– respecto de las técnicas de evaluación psicológica. Evidentemente este panorama contrastaba con su experiencia de formación en los Estados Unidos donde, como veremos más adelante, el campo de investigación experimental del desarrollo psicológico infantil se hallaba establecido desde hacía más de dos décadas. Es probable que por ese motivo la autora concluyera afirmando que “Lleva nuestro país muchos años de retraso en lo referente al conocimiento y aplicación de la psicología experimental, pedagógica y médica. Puede decirse que, en este sentido, todo o casi todo está por hacer” (Reca, 1945, p. 177). Estas reflexiones de Reca sobre la recepción médica de los instrumentos de medición psicológica contrastan con su propia postura al respecto y contribuirían a explicar, entre otros motivos, la escasez de estudios psicológicos en el campo médico que se observa durante buena parte del período indagado en esta tesis.

Las pruebas administradas por Reca a niños de primera infancia corroboraban, como vimos, lo expuesto por Carreño y Slech acerca de la diferencia hallada en el CE de la muestra local: los valores que arrojaba el test de Bühler eran superiores a los originales (a diferencia de los valores dados por el test de Kuhlman, en los que no se hallaron discrepancias significativas). Esto conducía a plantear la necesidad de realizar una administración a escala más amplia, con el fin de revisar y estandarizar ambas series de tests, en particular la de Bühler. Asimismo, al igual que Carreño y Slech, Reca otorgaba gran importancia a la valoración cualitativa, que permitía una discriminación fina de las funciones más o menos desarrolladas y establecía así una considerable ventaja de la escala de Bühler con respecto a la de Kuhlman. Para ilustrar las ventajas

del examen psicológico en este sentido, la autora ejemplificaba, entre otros, con el caso de un niño de 4 meses cuya tía era frenasténica, hecho que motivaba el temor de la madre por su desarrollo mental. El test de Bühler arrojaba un CE de 89 en razón de la negatividad en las pruebas sensoriales correspondientes al oído. Dado que en las demás pruebas mostraba un rendimiento normal e incluso superior al promedio, el niño, anticipaba Reca, “no tiene deficiencia mental (...) será sordo o duro de oído, y [se podrá] orientar desde temprano su educación y tratamiento en el sentido marcado por este diagnóstico” (Reca, 1941a, p. 273).

Las pruebas desarrolladas por Charlotte Bühler mostraban así una enorme utilidad, dado que permitían un conocimiento de la estructura psicológica lo suficientemente refinado como para orientar los pasos a seguir tanto en los casos normales como patológicos. En ese marco, Reca no dejaba de insistir en las ventajas que implicaba para la medicina infantil adoptar métodos que permitiesen ponderar la evolución del psiquismo:

Hácese necesario incorporar a la puericultura y a la práctica pediátrica, la valoración del desarrollo psíquico y el estudio de la personalidad. Ello tiene importancia no tan sólo en el caso de los sujetos anormales, para establecer una terapéutica precoz, sino muy particularmente en el de los normales y los que tienen ligeras desviaciones –que son la gran mayoría– con el fin de orientar su educación y la estructuración de su personalidad de acuerdo a los conocimientos y principios de higiene mental, especialmente en lo que se refiere a su formación de hábitos y afectiva (Reca, 1941a, p. 282).

La aplicación de estas técnicas aparecía explícitamente vinculada al proyecto de la higiene mental, que, sin dejar de lado el papel determinante de la herencia, planteaba la posibilidad de intervenir sobre las variables ambientales que incidían en los trastornos psíquicos. A la luz de estas premisas, la valoración de la autora acerca de los tests

psicológicos era, como vimos, positiva, sobre todo en la segunda infancia. En este punto hay que señalar que junto con los exámenes en la población de primera infancia a los que hicimos referencia, Reca había evaluado asimismo a 409 niños de segunda infancia (3 a 6 años), con el fin de indagar su ritmo de desarrollo psíquico y los factores que lo condicionaban. El estudio –consistente en la administración de la escala de Terman– se realizó en jardines de infantes e instituciones similares dedicadas a la asistencia social de niños en edad preescolar de nivel económico y sociocultural diverso.⁹⁸ En líneas generales, el estudio mostraba que, entre los 3 y los 5 años de edad, las condiciones de vida y ambiente influían considerablemente en el curso del desarrollo psíquico, perturbándolo en el caso de los niños que provenían de sectores de la población pobres y favoreciéndolo en aquellos que pertenecían a las clases más pudientes. De hecho, cuando la autora comparaba sus investigaciones en primera y segunda infancia a la luz de las diferencias socioculturales y económicas presentes entre los preescolares examinados, una idea parecía clara:

el hecho de que en los niños de primera infancia examinados, pertenecientes sobre todo al grupo pobre de la población, se compruebe en conjunto desarrollo normal con respecto a los valores originales de Kuhlman y superior con respecto a los de Bühler, demuestra que, en líneas generales, la deficiencia de desarrollo que se observa posteriormente en ellos depende, en su totalidad o en gran medida, de la acción de los factores no congénitos, es decir, de origen externo, ambiental (Reca, 1941a, p. 282).

Una serie de asunciones previas ligadas, como mencionamos, a la perspectiva abierta por la higiene mental, habilitaba esta interpretación de los resultados arrojados

⁹⁸ Para más detalles sobre el problema de la protección de los niños en edad preescolar y un análisis del rol atribuido por los médicos a los jardines de infantes en las décadas previas al establecimiento de su obligatoriedad, véase Briolotti, A. (2015). El enfoque médico de la asistencia y la higiene mental de los preescolares en Buenos Aires (1938-1944). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 61(3), 246–256.

por los tests. En efecto, Reca partía del supuesto de una influencia preponderante de las condiciones ambientales en la estructuración del psiquismo y en las posibilidades del individuo de adaptarse a la vida social, criterio este último que permitía juzgar el grado de normalidad o anormalidad de un niño (Reca, 1941c).⁹⁹ Es sobre esta base que la autora afirmaba que “en los últimos tiempos (...) se asigna al factor ‘ambiente’, como formativo de la personalidad, un valor más y más preponderante, frente al factor constitucional o hereditario, que es, hasta cierto punto, susceptible de ser modificado por aquél” (Reca, 1942, p. 670).¹⁰⁰ Esta cita permite apreciar de qué modo esa voluntad de intervención propia de la higiene mental y de la medicina social hallaba eco asimismo en las ideas eugenésicas. Según Talak (2005), la influencia de la eugenesia en la higiene mental local impulsó la utilización de conocimientos que permitiesen identificar el grado y tipo de anormalidad con el fin de eliminar en el presente los elementos considerados perjudiciales para la sociedad futura. Y era el suelo de ideas eugenésicas de raigambre neolamarckiana el que dejaba abierta la posibilidad de una

⁹⁹ Un mayor desarrollo en esta línea puede hallarse en un libro de divulgación, el primero que publicó Reca luego de su tesis doctoral: Reca, T. (1937). *Personalidad y conducta del niño. Los principios de la higiene mental como normas directivas de la educación en la infancia*. Santiago de Chile: Editorial Ercilla.

¹⁰⁰ Los factores ambientales obraban, según Telma Reca, en dos sentidos: por una parte, las deficiencias higiénicas (alimentación, condiciones de vivienda, etc.) creaban un conjunto somático inferior. Por otra parte, la pobre estimulación del desarrollo y las condiciones afectivas desfavorables inherentes a la pobreza extrema influían sobre el desarrollo psíquico y sobre la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones y personas, lo cual determinaba un descenso en el rendimiento de las pruebas psicológicas. El hecho de que la variable ambiente ocupara un sitio tan privilegiado en las reflexiones de la autora, la llevó a postular su incidencia en la génesis del “retardo afectivo”, un proceso de origen eminentemente extrínseco que podía conducir a la aparición de cuadros psicopatológicos graves. Reca tomaba el concepto de retardo afectivo del psiquiatra francés Gilbert Robin y lo definía como “un cuadro psicopatológico caracterizado por la desarmonía entre el desarrollo intelectual y motor-normales o aproximadamente normales- y la maduración afectiva” (Reca, 1941c, p. 107). A diferencia del retardo mental, que era considerado un cuadro constitucional, el retardo afectivo era de tipo funcional, y no orgánico (de allí que apareciera vinculado a circunstancias extrínsecas).

El desarrollo afectivo estaba influido según Reca por el aprendizaje (es decir, la formación de hábitos elementales que debía realizarse siguiendo el curso del desarrollo motor e intelectual) y la experiencia (aquellos acontecimientos fortuitos que provocaban una reacción y dejaban una huella en el niño, moldeando su personalidad). La prevención del retardo afectivo se lograba, entonces, observando una serie de reglas de educación e higiene mental, tales como formar hábitos de vida y de cuidado personal (sueño, control de esfínteres, alimentación, higiene, etc.), evitar el colecho desde el nacimiento, estimular el uso correcto de la palabra hablada, suprimir mimos y caricias excesivas, entre otras (Reca, 1941c).

intervención educadora sobre el medio que orientara el desarrollo infantil por las vías consideradas normales.

En su desarrollo local, el movimiento de ideas y prácticas de higiene mental pautaba que para atenuar o retardar las manifestaciones patológicas era imprescindible un diagnóstico y un tratamiento precoces en las formas iniciales de la enfermedad y en los niños y adolescentes, por tratarse de grupos evolutivos en riesgo (Klappenbach, 1999a). Esta premisa, que no cuestionaba la concepción constitucionalista de la enfermedad mental, se conjugaba con la tesis del desencadenamiento desadaptativo de los trastornos psíquicos, que abría perspectivas de comprensión más amplia, al considerarlos determinados en parte por factores sociales (Borinsky, 2009). En virtud de este énfasis en la prevención y en la incidencia del ambiente, la higiene mental se acercaba al enfoque de la medicina social y a la labor realizada por los Dispensarios de lactantes, cuya meta principal era la dirección del proceso fisiológico del desarrollo normal antes que la lucha contra los procesos patológicos (Carreño et al., 1938). Y es en este punto que puede trazarse una línea de continuidad entre el trabajo de Reca y una tradición pediátrica local –analizada en el primer capítulo– basada en la higiene como estrategia de intervención social.

En suma, los estudios realizados por Telma Reca en el marco de su actividad en el Departamento Nacional de Higiene a comienzos de los años cuarenta parecen estar motivados por una preocupación de tipo social –compartida con figuras del campo de la pediatría– que llevó a esta médica a analizar el desarrollo infantil a partir de las ideas y herramientas que aportaba el nuevo movimiento de higiene mental. Asimismo, cabe suponer que su inquietud por la incidencia de los factores sociales en la evolución del psiquismo sería tributaria de cierta afinidad ideológica con el comunismo y su cercanía a él en razón de la actividad militante de su marido, el arquitecto Wladimiro Acosta

(García, 2012). Por último, no puede soslayarse que el hecho de ocupar un cargo público en la Dirección de Maternidad e Infancia implicaba precisamente diagramar medidas tendientes a mejorar las acciones de protección estatal de la infancia. Estas razones contribuirían a explicar tanto sus preguntas de investigación como su particular modo de interpretar los resultados arrojados por las pruebas a la luz del cruce con variables socioeconómicas de la población estudiada.

La incorporación de instrumentos psicológicos en los exámenes médicos respondió además a otras razones que pueden vincularse con las vicisitudes de la profesión en el período estudiado. El apartado siguiente propone un análisis de esta dimensión, a través del cual se identifican ciertos problemas que habrían incidido en la apropiación de las ideas psicológicas y puede precisarse qué tipo de psicología interesaba a los médicos y qué clase de contacto tenía dicha psicología con los desarrollos de la disciplina en otros ámbitos.

3.1.4. Medicina y psicología: objetividad y eficacia práctica

La necesidad de ampliar la semiología pediátrica

Si bien en los apartados anteriores se analizaron algunos rasgos del contexto institucional y científico que contribuirían a explicar el interés de los pediatras por estas técnicas, cabe preguntarse cuáles eran las razones esgrimidas por los propios autores. En primer lugar, la incorporación de estos instrumentos procuraba prestar a los aspectos psíquicos del desarrollo la atención que, según Carreño y Slech, la pediatría no solía brindarles. Esta omisión producía un área de vacancia en el examen que se realizaba habitualmente al niño, sobre la cual era necesario intervenir “para no revivir la escena de que padres o profanos, nos llamen la atención sobre un atraso o precocidad atribuidos

a un niño, y que el médico se encuentre desarmado para ratificar o rectificar” (Carreño & Slech, 1936a, p.37). Así, una de las razones para conocer y dominar este tipo de técnicas parecía vincularse a la necesidad de ampliar la semiología pediátrica para incluir signos y síntomas del desarrollo psicológico. Esto redundaba en una mayor capacidad de respuesta por parte del médico, lo cual le permitiría cumplir con su misión de velar por el desarrollo armónico del cuerpo y del espíritu (Slech, 1937). La cita refleja, además, la preocupación frente a señalamientos de los legos que dejaban al médico sin respuesta. Al respecto, es oportuno recordar que fue precisamente la creencia de la población en la eficacia del saber médico la que, entre otros factores, contribuyó al reconocimiento de la medicina infantil desde el exterior del campo médico (Colángelo, 2011). Pero si bien hacia la década de 1930 la profesión médica gozaba de mayor prestigio, dicho período coincidió con un momento de crisis del campo profesional, inescindible de la crisis política, económica y cívica que atravesaba el país en esos años (Belmartino, 2005). En este marco, la autoridad de los médicos y su derecho a intervenir en los procesos de salud/enfermedad se vieron amenazados, entre otras cosas, por la charlatanería y el curanderismo, cuyo auge en esos años venía a denunciar cierta “fisura” del saber médico (Klappenbach, 1995). En ese marco, se potenciaron los esfuerzos de la corporación médica para disputar el terreno a sus competidores y afirmarse como los únicos proveedores de servicios de atención a la salud (Armus & Belmartino, 2001). La inclusión de las técnicas psicológicas podría contarse entonces entre las estrategias tendientes a reafirmar la autoridad médica frente a los saberes populares.

Este hecho puede ser analizado asimismo desde el interior del campo médico. Por un lado, puede ponerse en relación con la difusión de ciertos planteos que, como vimos en el primer capítulo, planteaban la necesidad de un enfoque médico holístico,

capaz de considerar la dimensión espiritual del ser humano. Por otro lado, puede ser abordado a partir de los aportes de Pierre Bourdieu (2000) sobre la lógica de funcionamiento del campo científico. Su definición de campo científico como un terreno de disputa por el monopolio de la autoridad científica entendida en términos de capacidad técnica y poder social, pone de manifiesto el entramado que une el interés intrínseco (de los investigadores) con el interés extrínseco (dado por la relevancia de la investigación para los otros investigadores). En el caso que analizamos, hemos visto que desde fines del siglo XIX la medicina infantil buscó su legitimación hacia el interior del campo médico mostrando la especificidad de la niñez y creando espacios académicos, asociaciones profesionales y revistas especializadas (Colángelo, 2011, 2012). En esta línea, podría añadirse el interés de los médicos por el desarrollo psicológico del lactante y el recurso a los instrumentos de evaluación que, desde una mirada bourdiana, pueden concebirse como estrategias políticas orientadas “hacia la maximización del beneficio propiamente científico, es decir al reconocimiento susceptible de ser obtenido de los pares-competidores” (Bourdieu, 2000, p.18).

El caso que analizamos muestra que la mirada que estos médicos dirigían hacia la psicología, no parecía alejarse demasiado del modelo científico naturalista. Uno de los argumentos de Carreño y Slech (1941) para incorporar los tests a la práctica, era precisamente su eficacia en el estudio del desarrollo psicosensorial del lactante, tópico que, según ellos, los médicos solían caracterizar como complejo, de interés teórico y con resultados dudosos o difíciles de interpretar. Recordemos que la posibilidad de cuantificar el resultado de la evaluación era una de las características del método. Sin dejar de lado la interpretación cualitativa, la abundancia de datos cuantitativos en las fuentes analizadas y el énfasis de los autores en la necesidad de estandarizar las pruebas en el contexto local, hacen suponer que el interés se inclinaba hacia una psicología que

permitiera estudiar el desarrollo de manera “objetiva”. En efecto, una de las ventajas atribuidas a los tests psicológicos era su capacidad de proveer una medida cuantitativa del rendimiento en las pruebas (C. Bauzá & Solovey, 1950b). Al respecto es preciso señalar que no faltaron voces que problematizaran los alcances reales de esta pretensión de cientificidad. Tal es el caso del médico Carlos Veronelli, cuya tesis doctoral sobre significado, uso y valor de los tests fue apadrinada por Telma Reca. En su disertación, Veronelli defendía la utilidad de los tests por su capacidad de brindar un caudal de elementos objetivos de apreciación que resultaban beneficiosos para complementar el juicio sobre un individuo, influido por lo general por factores subjetivos. Sin embargo, los tests no debían constituir el único elemento de juicio, sino complementarse con el estudio directo y prolongado de las personas. En gran medida esto se debía a que, aun con su objetividad, los tests no eran absolutamente seguros ni mucho menos infalibles:

Si no se pide a los tests una exactitud matemática que no tienen, que nadie asegura y que no poseen tampoco otras actividades humanas consideradas científicas (...) si no se pretende asignarles mayor valor que el conocimiento directo y prolongado de las personas, y si no se recurre a ellos en trance de última y definitiva apelación, los tests son útiles y pueden servir para medir la capacidad o el nivel o el grado de desarrollo mental y para determinar la existencia y el grado de innúmeras aptitudes (Veronelli, 1945, p. 136).

En su estudio sobre los vínculos entre la comunidad médica argentina y la institucionalización de la estadística, Claudia Daniel (2012) señala que, hacia la década de 1930, el interés por la salud de la infancia favoreció la divulgación de los números como códigos de lectura de esos problemas. Sin embargo, no hubo un consenso unificado en torno al valor de la estadística para la medicina. Quienes estaban a favor postulaban la supremacía del método numérico por sobre el método inductivo y

destacaban la capacidad del número de expresar la verdad de manera simplificada. En cuanto a la estadística, se la valoraba como base necesaria para implementar medidas preventivas y políticas sociales. En ese sentido, los datos estadísticos pueden pensarse como una suerte de “lenguaje común” que opera como base en las discusiones y negociaciones en torno a los problemas colectivos, evitando conflictos y ofreciendo herramientas que permiten racionalizar los argumentos (Daniel, 2012b).¹⁰¹

Llegados a este punto cabe preguntarse por las repercusiones de estas ideas. Las opiniones volcadas en la discusión de las presentaciones de Carreño y Slech, Reca y Cervini en el Primer Congreso de Puericultura ofrecen un panorama al respecto. Cuatro años después de la publicación del libro escrito en coautoría con Gareiso, Florencio Escardó parecía tomar distancia de la postura sostenida en dicha obra, para celebrar el interés de sus colegas en la evaluación psicológica:

Hemos escuchado con extraordinario interés el trabajo de los Dres. Carreño y Slech vinculado también con el presentado por el Dr. Cervini, que tiene para nosotros, médicos pediatras, carentes por razones de disciplina de una especial preparación en temas psicológicos y psiquiátricos, la ventaja de permanecer en el terreno clínico y hacer más accesible para nuestra práctica cotidiana el control del desarrollo psicosensores del lactante por métodos que podemos aprender y captar con facilidad, sin necesidad de penetrar en estudios que son ajenos y que implican una especialización que está fuera de nuestras posibilidades (“Discusión de los relatos y contribuciones”, 1941, p.337).

La cita pone de manifiesto la poca incidencia de la psicología en la formación médica, lo cual contribuiría a explicar ese escaso interés por los temas psicológicos que

¹⁰¹ Desde fines del siglo XIX los gráficos estadísticos dirigidos tanto a especialistas como a legos tuvieron como fin presentar una noción simple y llana de la realidad que los números intentaban objetivar. Los gráficos se presentaban como una evidencia visual, que volvían confiables las representaciones de la realidad que allí se cristalizaba (Daniel, 2014).

tanto Carreño y Slech como Reca atribuían a los médicos.¹⁰² A su vez, el énfasis de Escardó en la utilidad clínica de estas herramientas da cuenta del valor práctico que cobraba la psicología en este ámbito.

Casi dos décadas más tarde, la relevancia de los tests psicológicos en el campo médico seguía midiéndose en términos de su utilidad para una destreza clínica que no debía, sin embargo, recaer completamente en los datos ofrecidos por las herramientas auxiliares:

Los tests psicológicos en la práctica médica y en particular en Pediatría son elementos valiosos en cuanto contribuyen a arribar con mayor exactitud al diagnóstico de las perturbaciones del psiquismo y a la formulación de pronósticos y tratamientos más acertados. No puede atribírseles mayor eficacia que el de medios auxiliares, y jamás considerárseles como suficientes para determinar por sí solos un diagnóstico. En tal sentido, debemos ubicar jerárquicamente a los tests psicológicos, junto a los análisis de laboratorio, estudios radioscópicos, radiográficos, electroencefalográficos, etc. (de Matera, 1957, p. 130).

La psicología y los médicos de niños: un campo de problemas específico

Este uso de la psicología por parte de la medicina infantil parece delimitar un campo de problemas y prácticas específico, que se diferencia de lo sucedido, por ejemplo, en el ámbito académico durante el período previo a la creación de las carreras de psicología. Los programas correspondientes a los cursos de psicología que se dictaban en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires no incluían entre sus contenidos el desarrollo psicológico, al que sólo se aludía en tópicos como la evolución cerebral y de la sensibilidad (“Programas de los cursos de Biología y Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras, dictados en el año 1937”, 1938). Asimismo, la revista

¹⁰² Sobre la formación psicológica en las carreras de medicina, véase el primer capítulo de esta tesis.

Anales del Instituto de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, publicada entre 1935 y 1941, no incluyó trabajos de los médicos que realizaron estas evaluaciones. Esto es particularmente relevante si se considera que esta revista reunía colaboraciones de autores de otros países de América Latina y se proponía estrechar los lazos entre los estudiosos de la psicología de toda la región (Mouchet, 1938). Los temas habitualmente abordados en la revista y en los cursos correspondían al campo de la psicofisiología experimental, la psicopatología y los desarrollos teóricos enmarcados en una filosofía de corte idealista y espiritualista.

Otro de los ámbitos de producción y circulación de conocimiento psicológico que parece haberse mantenido alejado de estos temas es el educativo. Diversos estudios han mostrado que desde comienzos del siglo XX ciertas técnicas de evaluación psicológica fueron aplicadas al ámbito educativo en diversos países con el fin de profundizar el conocimiento sobre el niño alumno. Del mismo modo, la psicología a nivel local desempeñó un importante papel en el campo educativo, por su aporte a la formación docente y al conocimiento del niño en tanto objeto de intervención pedagógica (Talak, 2014a). Una de las publicaciones más relevantes de este ámbito fue *El Monitor de la Educación Común*, editada desde 1881 por el Consejo Nacional de Educación. En sus páginas, el tema del desarrollo durante la primera infancia y su evaluación casi no era abordado. Si bien se realizaban algunas menciones a dicha etapa en los artículos vinculados con el desarrollo de la inteligencia o la afectividad, el centro de interés se hallaba en el niño en edad escolar.

Lo anterior no implica que en el ámbito de la psicología existiera un desconocimiento absoluto de estos usos por parte de la medicina infantil. Un indicio significativo al respecto puede hallarse en la reseña histórica sobre el desarrollo de la psicología en la Argentina hasta 1939, escrita por Américo Foradori, autor proveniente

del campo de la psicología. En su pretensión de dar cuenta de los núcleos en los que se producían o aplicaban conocimientos psicológicos, Foradori (1939) mencionaba a la Dirección de Maternidad e Infancia. Aun cuando no aludía específicamente a las experiencias de evaluación del desarrollo psicológico, destacaba la labor de los médicos, de la cual dependía la salud física y mental de las generaciones futuras. Sin embargo, el artículo de Foradori se publicó en la *Revista Socialista*, ajena al campo disciplinar de la psicología. Sin invalidar por completo la intención del autor, este hecho da cuenta de la poca visibilidad que estos usos de la psicología tenían en otros ámbitos en los que se producía y difundía conocimiento psicológico.

Hugo Klappenbach (1999b), ha señalado que en las décadas previas a la creación de las carreras de psicología, existió una marcada dicotomía entre el desarrollo académico de la disciplina, en general centrado en temas y problemas de corte filosófico, y el desarrollo de una vertiente aplicada, centrada en la intervención en el campo educativo y laboral. En virtud de nuestro recorrido, el ámbito de la medicina infantil podría añadirse como otro de los campos en los cuales las técnicas de evaluación psicológica fueron acogidas.

3.2. Los usos del Test de Gesell

En este apartado revisaremos el uso de la escala de evaluación del desarrollo psicológico elaborada por Arnold Gesell (1880-1961) en la Universidad de Yale durante los años de entreguerras. Gesell ha sido considerado uno de los grandes pioneros de la investigación del desarrollo infantil a través de un modelo conceptual amplio, que buscó integrar los aspectos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, culturales y sociales (Pasamanick, 1960). Su obra continúa siendo una referencia ineludible en dicho campo,

en el cual ganó renombre justamente a través de su minucioso trabajo de observación del comportamiento infantil, que lo llevó a establecer una serie de normas para evaluar y diagnosticar el nivel de desarrollo psicológico del niño. A su vez, en el seno de la sociedad norteamericana, fue un referente del campo de la educación para padres y los consejos de crianza hasta fines de la década de 1940, momento en que cobró popularidad la figura de Benjamin Spock, un pediatra de perfil psicoanalítico que, tal como veremos en el próximo capítulo, rápidamente se transformó en un reconocido experto del cuidado infantil.

Las obras de Gesell comenzaron a publicarse en la Argentina durante los años cuarenta, pero la inclusión de su técnica en la investigación médica se produciría unos años más tarde, en el marco de diversos trabajos vinculados con la asistencia médica y la institucionalización de niños de primera infancia. Dichos estudios se orientaron a investigar las secuelas neuropsíquicas de enfermedades infecciosas y de la desnutrición y el ritmo madurativo de los niños prematuros, hospitalizados o internados en instituciones de crianza en común. Muchos de estos usos de la escala de Arnold Gesell hacia los años sesenta se conjugaron con la difusión creciente de investigaciones acerca de las consecuencias psíquicas de la privación afectiva y la carencia de cuidados en los primeros años de vida.

3.2.1. La escala de Gesell: hacia un estudio objetivo del “crecimiento” de la conducta

Arnold Lucius Gesell nació en 1880 en Alma, un pequeño pueblo del estado de Wisconsin. Su madre era maestra y su padre fotógrafo, profesiones ambas que marcaron su carrera y su trabajo como investigador del desarrollo infantil. Gesell se formó de

manera sucesiva en tres disciplinas: educación, psicología y medicina. Tras obtener su título de maestro en 1899 comenzó a estudiar en la Universidad de Wisconsin-Madison, donde se formó en historia, educación y psicología y tomó contacto con las ideas de la recapitulación y del evolucionismo spenceriano. Realizó luego un doctorado en psicología en la Universidad de Clark bajo la supervisión de G. Stanley Hall, que culminó en 1906. Estos primeros recorridos dejaron en su pensamiento la impronta del evolucionismo que se plasmaría luego en su obra y le transmitieron asimismo la idea de estudiar el desarrollo del niño desde una perspectiva científica y utilizar ese conocimiento para mejorar la educación y el bienestar infantil. En 1910 comenzó a estudiar medicina –carrera que culminó en 1915– motivado por el interés en investigar los estadios del desarrollo infantil (Dalton, 2005). La decisión de formarse como médico ha sido atribuida asimismo a su ambición de convertirse en un líder en el campo de la higiene infantil, lo cual se concretó a partir de su nombramiento como Profesor de Higiene Infantil en Yale y como Director de Higiene Infantil del Estado de Connecticut, cuna del movimiento de higiene mental (Weizmann & Harris, 2012). La obtención de estos cargos le permitió desempeñar una profusa actividad en el campo de la higiene infantil e intervenir como asesor en el ámbito de las políticas sociales vinculadas con la infancia. Participó en organizaciones clave tales como el *Children's Bureau* y la *Child Welfare League of America*, en una época en la cual la protección infantil y la higiene mental de la niñez formaban parte de una suerte de cruzada por el progreso de la Nación (Harris, 2011).

Gesell tuvo un rol destacado en la institucionalización de la psicología del desarrollo en los Estados Unidos durante los años de entreguerras. Si bien diversos autores europeos –como Sigmund Freud, Alfred Binet y William Stern– y norteamericanos –como G. Stanley Hall y James Mark Baldwin– habían teorizado sobre

el desarrollo infantil en las décadas previas, fue recién después de la Primera Guerra Mundial que se organizó un campo de investigación experimental en torno a dicho tópico (Pickren & Rutherford, 2010). Un antecedente importante del establecimiento del campo fue el *nursery school movement*, que se organizó en Inglaterra a comienzos del siglo XX a partir de la iniciativa de las hermanas Rachel y Margaret MacMillan, dos socialistas cristianas y activistas por la salud y la educación de los niños de clase obrera. La *nursery school* (en castellano, expresión equiparable a “jardín maternal”) era un espacio pensado para la crianza de los niños de primera infancia siguiendo un modelo pedagógico de inspiración froebeliana.¹⁰³ En los Estados Unidos, la primera *nursery school* fue fundada en Boston por Abigail Adams Eliot, una trabajadora social que viajó a Inglaterra y asistió durante seis meses al centro de formación de maestros de Rachel McMillan (Liebovich, 2016). Con el tiempo se crearon nuevos establecimientos, muchos de los cuales funcionaron dentro de las universidades ligados a programas de investigación en psicología o educación y, en no pocos casos, se transformaron en laboratorios para el estudio científico de los niños. Uno de ellos fue precisamente la *Psycho-Clinic* en la Universidad de Yale, que Gesell comenzó a dirigir siendo aún estudiante de medicina. Se trataba de un espacio inspirado en el trabajo de Henry Goddard, a quien Gesell visitó en 1910 con el fin de estudiar la clasificación y tratamiento de los residentes de la *Vineland Training School for Feeble-Minded Girls and Boys* (Harris, 2011). En la *Psycho-Clinic*, sin embargo, el trabajo de Gesell no incluía la administración de tests, sino que se basaba en consejos de crianza brindados a los padres que consultaban. El espacio comenzó siendo un pequeño cuarto en el

¹⁰³ Friedrich August Wilhelm Froebel (1782-1852) fue un filósofo y pedagogo alemán creador de la educación preescolar y mentor del concepto de “jardín de infantes”. Afín a la tradición romántica, Froebel sostenía que el niño era un ser espiritual, naturalmente bueno y virtuoso y que cada niño era único y podía desarrollar su personalidad a través de la acción lúdica. El jardín de infantes se convirtió así, desde el punto de vista froebeliano, en el sitio donde los niños aprendían sobre el orden de la naturaleza a través del juego (Ransbury, 1982).

Dispensario de New Haven, para llegar con los años a ocupar cinco pisos del *Yale Human Relations Institute*¹⁰⁴ y convertirse en la *Yale Clinic of Child Development*, primer departamento independiente de psiquiatría infantil de los Estados Unidos (Azad & Martin, 2011). Investigaciones de magnitud considerable como la emprendida por Gesell se desarrollaron sobre todo desde fines de la década de 1920, gracias al financiamiento recibido por parte de instituciones filantrópicas privadas como *Commonwealth Fund*, *Rockefeller Foundation* y *Josiah Macy Jr. Foundation* (Pickren & Rutherford, 2010). El aporte de estos organismos fue clave, en tanto contempló el otorgamiento de becas para graduados, los recursos necesarios para la apertura y puesta en funcionamiento de laboratorios y el financiamiento para editar libros y otras publicaciones. A su vez, el alcance de estos aportes trascendió los límites del territorio norteamericano, puesto que, como vimos, dio apoyo a investigaciones en psicología del desarrollo realizadas en Europa y en América Latina.

La escala de Gesell y su rol en normalización del desarrollo

Según Weizmann & Harris (2012), la influencia aún vigente de Gesell proviene de una idea que el autor se encargó de popularizar: aquella según la cual existe una suerte de “cronograma” del desarrollo infantil, una serie de estadios por la que todos los niños pasan y en los cuales una edad determinada se asocia a una serie de conductas típicas. En efecto, Gesell sostenía que en el niño normal el desarrollo “es metódico, ordenado, seriado. Transcurre gradualmente y se lo puede dividir en períodos que se

¹⁰⁴ El *Yale Human Relations Institute* fue creado en 1929 al interior del *Human Welfare Group*, impulsado por el presidente de Yale, James R. Angell y el decano de la Escuela de Medicina, Milton Winternitz. La creación del Instituto se produjo en un clima de ascenso de la medicina social y de consolidación de las ciencias sociales como disciplinas académicas. En este escenario, se planteó la necesidad de aplicar algún tipo de “ingeniería humana” con el fin de resolver los problemas existentes en las relaciones entre los individuos y rever la organización de la sociedad de modo tal de que primara la felicidad de los seres humanos por sobre su sufrimiento. El Instituto se planteó como un centro de investigación sobre los problemas básicos de la naturaleza humana y del orden social y un sitio de entrenamiento de personal para trabajar en dichos campos (May, 1971; Viseltear, 1984).

sucedan con tal regularidad, que en lo principal pueden ser predichos” (Gesell & Amatruda, 1946, p. 145). El interés de Gesell por estudiar el desarrollo de bebés y niños normales era inusual en un campo médico y psicológico que históricamente había tomado a la desviación y a la anormalidad como puntos de partida de la investigación (Curtis, 2011). Interesado entonces por conocer la evolución “normal”, estableció las pautas del desarrollo de los primeros diez años de vida y, en especial, del niño en edad preescolar. Las normas se focalizaron en cuatro campos de la conducta, representativos de los diferentes aspectos del crecimiento (Gesell & Amatruda, 1946, pp. 35-36): la conducta motora, que incluía tanto los grandes movimientos corporales como las más finas coordinaciones motrices; la conducta adaptativa, que involucraba las adaptaciones sensorio-motrices que se producían ante objetos y situaciones y para resolver problemas prácticos; la conducta personal-social, que comprendía las reacciones personales del niño ante la cultura, que si bien eran múltiples y variadas, estaban moldeadas fundamentalmente por los factores intrínsecos del crecimiento; y la conducta del lenguaje, que incluía toda forma de comunicación visible y audible (gestos, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones), así como imitación y comprensión de lo expresado por otras personas.

A lo largo del tiempo, las normas fueron revisadas y culminaron en su último trabajo al respecto: *Developmental Diagnosis*, publicado en 1941.¹⁰⁵ Al igual que Alfred Binet, el propósito de Gesell al elaborar las normas del desarrollo era conocer a los niños para proporcionarles una educación acorde a sus capacidades. Sin embargo esta aspiración, sin dudas influida por los ideales de progreso social que lo

¹⁰⁵ Gesell publicó su primer libro sobre estos temas en 1912. El texto, escrito en coautoría con su esposa, la maestra y sufragista Beatrice Chandler, se tituló *The Normal Child and Primary Education* y sentó las bases de sus futuros trabajos centrados en la psicología del niño “normal”. Su segunda obra, que incluyó material fotográfico ilustrativo, se publicó en 1925 con el título *The Mental Growth of the Pre-School Child*. En 1926 dicho trabajo le valió un premio otorgado por la *Laura Spelman Rockefeller Memorial Foundation*. Luego de reunir una cantidad considerable de material fotográfico, Gesell publicó en 1934 *Atlas of Infant Behavior*.

acompañaron desde muy joven, desembocaba en la paradoja de afirmar que el niño era un individuo con manifestaciones singulares, pero que a su vez existía un perfil de conducta que pautaba cómo ese niño debía ser y que encontraba su fundamento último en la maduración del sistema nervioso. Este determinismo biológico, presente en toda la obra de Gesell, se expresa de manera más clara en las normas del desarrollo, que relativizan al extremo las variables de género, clase social, etnia, lugar geográfico y estilo de crianza. En efecto, Gesell sostuvo que las secuencias de desarrollo observadas y las normas que de allí se desprendían eran representativas del desarrollo normal, aun cuando la muestra sobre la cual trabajó era limitada (algo más de 500 casos) y no representativa, ya que estaba conformada enteramente por niños de clase media, blancos y de extracción alemana o británica (Thelen & Adolph, 1992; Weizmann & Harris, 2012).¹⁰⁶ Recientemente, esta particularidad de los estudios de Gesell ha sido analizada desde una perspectiva que busca echar luz sobre el rol de la ciencia del desarrollo en la colonización sociohistórica de la infancia. Así, se plantea que el estudio emprendido por autores como Gesell “desencarnó” (*disembodied*) al desarrollo de la persona, invisibilizando las formas de comportamiento que no condicen con lo esperado y promoviendo el avance de la cultura eurocéntrica a través de un desarrollo “blanco” considerado genérico (Varga, 2011).

La impronta naturalista presente en la concepción de Gesell es atribuible, en primer lugar, a su interés por hallar las raíces biológicas de la actividad mental. Al respecto, es imposible soslayar la influencia de Darwin, de quien Gesell extrajo la convicción de que el crecimiento mental se hallaba regido por los mismos procesos que comandaban el crecimiento orgánico (Thelen & Adolph, 1992). En segundo lugar, su

¹⁰⁶ A su vez, Gesell no proporcionó información estadística sobre la validez y confiabilidad de las normas de desarrollo. A pesar de las revisiones y mejoras que sus discípulos realizaron a través de los años, los problemas estadísticos persisten. Por ese motivo, la escala de Gesell no es muy utilizada en la actualidad (Weizmann & Harris, 2012).

trabajo junto a Henry Goddard, para quien la inteligencia era innata, parece haber influido en la idea de un determinismo atribuible en última instancia a la herencia (Dalton, 2005). Asimismo, uno de los principales referentes de Gesell fue George Coghill, un embriólogo que a través de su investigación con salamandras dio cuenta de la correlación existente entre el desarrollo del comportamiento y los cambios en el sistema nervioso. En sus estudios, Coghill demostró que el inicio de ciertos patrones de comportamiento de los anfibios coincidía con el crecimiento de conexiones neuronales específicas. Estos hallazgos condujeron a Gesell a sostener la idea de una relación unidireccional entre estructura y función, vale decir, que el desarrollo de la mente dependía de y reflejaba el crecimiento del sistema nervioso, regido por leyes y producto de la evolución (Weizmann & Harris, 2012). De aquí Gesell desprendió dos ideas que vertebraron toda su obra: por un lado, la idea de que la conducta tiene una forma y que los cambios en el desarrollo pueden vislumbrarse a través de cambios en la conducta. Por otro lado, la idea de que el desarrollo no implica una sumatoria de patrones de conducta cada vez más complejos, sino que se trata de un proceso de individuación de patrones pequeños a partir de patrones más amplios.

Esta concepción maduracionista ha sido matizada por Dalton (2005), quien ha subrayado la convicción de Gesell acerca del carácter plástico y adaptativo del crecimiento. En la misma línea, Marchese (1995) plantea que hacia la década de 1930 Gesell tenía una visión mucho más moderada acerca del determinismo biológico, en parte debido al fuerte impulso recibido por la antropología cultural y el behaviorismo, corrientes que, de diferente modo, ponían el acento en los determinantes ambientales de la conducta humana. En el próximo capítulo analizaremos en profundidad el problema de la tensión entre naturaleza y cultura en la concepción del desarrollo sostenida por Gesell.

Hasta aquí podemos concluir que, de acuerdo con Gesell, el conocimiento sobre el desarrollo psicológico del niño se fundaba en una serie de leyes naturales del crecimiento que regían el ciclo de vida del ser humano con la misma certeza y previsión con que lo hacían las leyes de gravitación sobre los cuerpos celestes (Gesell & Amatruda, 1947, p. 14). Su obra se basó en gran medida en la búsqueda de pruebas concretas del funcionamiento de dichas leyes, incluso antes del nacimiento.¹⁰⁷

Desde el punto de vista metodológico, el autor se propuso establecer las pautas para una investigación en psicología del desarrollo que fuese lo más objetiva posible y a tal fin otorgó a la observación un papel central. Desde luego que el problema de la objetividad no es privativo de la psicología (Daston & Galison, 1992), pero en el caso de la psicología infantil se trataba de una cuestión sumamente relevante, por estar basada en la mayoría de los casos precisamente en la observación. En este punto cabe destacar que, para muchos de los departamentos de psicología de las universidades norteamericanas, la investigación experimental con niños no parecía ser un trabajo científico serio y riguroso (W. Pickren & Rutherford, 2010, p. 158). En efecto, ya desde fines del siglo XIX comenzó a plantearse que el método de observación general de la vida del niño era útil aunque no suficiente: debía complementarse con observación directa y ordenada, experimentación y estudio estadístico que ofreciera resultados cuantitativos, a fin de mostrar, en última instancia, cuáles eran las leyes que comandaban la vida humana (Cairns & Cairns, 2006). Estas exigencias se fortalecieron en las primeras décadas del siglo XX e incidieron sin dudas en la pretensión de Gesell de extremar lo más posible la objetividad de su investigación. Su familiaridad con la

¹⁰⁷ En efecto, luego de publicar sus normas del desarrollo para niños de 0 a 5 años, Gesell editó en colaboración con Catherine Amatruda el libro *Embriología de la Conducta*, bajo la suposición de que “en los diez meses lunares que preceden al nacimiento ha tenido lugar una extraordinaria organización de la conducta” (Gesell & Amatruda, 1947, p. 42). La investigación se había propuesto entonces explorar la conducta intrauterina a través de la observación de recién nacidos prematuros. A partir de su estudio, Gesell hallaba una continuidad evolutiva entre el feto, el infante y el niño, que venía dada por los mecanismos de regulación electrotónica, el tonismo muscular y la respiración.

fotografía lo condujo a elegir dicha herramienta que, junto con la cinematografía, empleó desde mediados de la década del veinte.¹⁰⁸ Con respecto al uso de la fotografía, hay que señalar que, hasta que se produjo el descubrimiento del genoma humano, representar la diversidad fue uno de sus usos sociales más destacables (Dorotinsky, 2012). Su empleo en las ciencias sociales estuvo ligado en gran medida a su rol como dispositivo “concitador de sentido” (p. 333) ante, por ejemplo, un posible sinsentido del comportamiento del niño. Así, las representaciones científicas, al igual que las artísticas, sostuvieron que las formas externas del cuerpo eran signos privilegiados que reflejaban verdades interiores (de la mente, de la moral, del funcionamiento de los órganos).

En su búsqueda de la objetividad y la fidelidad del registro, Gesell diagramó la construcción de un espacio especial, comúnmente conocido como “cámara Gesell”, que consistía en una cúpula con cámaras instaladas en diversos puntos de la misma y que permitía además ver al niño desde cualquier punto. Esto la transformó en una suerte de domo astronómico, solo que construido para observar hacia adentro y no hacia afuera. La expansión del uso de registros filmicos –por parte de Gesell y de otros investigadores en psicología del desarrollo, como Kurt Lewin, John Watson y Mirtle McGraw– puede pensarse asimismo como un emergente de este contexto en el cual dicho campo de investigación se encontraba ante el desafío de generar métodos de observación más rigurosos (Curtis, 2011).

En cuanto a la filmación, se trataba de un instrumento efectivo para captar la secuencia de movimientos que la cámara fotográfica no conseguía registrar. Gesell adoptó esta metodología inspirándose en el análisis filmico realizado por los ingenieros

¹⁰⁸ La finalidad principal de estos recursos fue recolectar datos sobre la conducta infantil y divulgar sus investigaciones, educando además a los padres para emprender una crianza “científica”. La primera filmación realizada por Gesell con la colaboración de la productora Pathé Review fue *The Mental Growth of the Pre-School Child*, de 1924. Un registro del material filmico de divulgación puede hallarse en Gesell, A. (1934). *Life Begins*. United States of America: Yale Clinic of Child Development. Recuperado a partir de https://archive.org/details/0011_Life_Begins_11_32_13_00

Frank y Lillian Gilbreth en sus estudios para optimizar el rendimiento de los trabajadores en las industrias. El registro fílmico era, para Gesell, el observador ideal: democrático, comprensivo e infatigable (Curtis, 2011). La ventaja del documento fílmico era que conservaba la totalidad de movimientos implicados en una conducta determinada, registrando en simultáneo la actitud de la cabeza, el tronco, los brazos, las piernas, los dedos y los ojos. De allí, e inspirándose igualmente en el trabajo del matrimonio Gilbreth, el autor propuso al *cinemanalysis* como método de investigación basado en el análisis cuadro por cuadro del material fílmico. Dicho método permitía examinar cada uno de los 320 fotogramas almacenados en solo 20 segundos de filmación de la conducta del niño examinado en el domo con una cámara de 16 mm. (Gesell, 1935). Admitía una observación analítica a tres niveles: 1) cámara lenta, para observar de manera más detallada y completa cada patrón de conducta; 2) análisis de los patrones de conducta para establecer sus fases características; y 3) análisis de cada fotograma para determinar los patrones de comportamiento de cada parte del cuerpo (cabeza, ojos, boca, brazos, dedos, tórax, pelvis, piernas, pies y dedos de los pies). A través de este minucioso análisis, el método propuesto por Gesell operaba como un microscopio que permitía demostrar la riqueza contenida en cada patrón de conducta y echar luz sobre su forma y su dinámica. Según Gesell, el *cinemanalysis* convertía a la conducta en un elemento tan sensible a la disección como una pieza de tejido (p. 552). En un contexto en el cual el campo emergente de la psicología del desarrollo demandaba una mayor objetividad, el cine fue un instrumento clave para establecer la reputación de Gesell como una figura prominente a nivel científico y como una autoridad popular en lo tocante a temas de crianza y educación infantil (Curtis, 2011).

A propósito del trabajo de Gesell, Nikolas Rose (1990) ha planteado que la observación y el registro fílmico detallados con el fin de establecer normas del

desarrollo y ordenarlas a lo largo de un eje temporal puede ser pensado en el marco de las técnicas implementadas por la psicología para disciplinar las diferencias humanas. En efecto, la utilización de cámaras de filmación y el posterior análisis cuadro por cuadro de las películas permitió sortear la dificultad que entrañaba un objeto de estudio tan cambiante, multifacético e inestable como el niño. Así, las imágenes finales –que eran dibujos esquemáticos realizados en base a las películas– tuvieron un efecto disciplinador sobre las conductas del niño, ya que resultaron de la búsqueda de regularidades y la selección de conductas típicas. En este sentido, Curtis (2011) señala que el uso que hizo Gesell de las fotografías partió de asumir previamente que existían ciertos estados típicos, para luego seleccionar aquellas imágenes que venían a ilustrarlos. De ese modo, las imágenes se convirtieron en la base empírica de las pautas de normalidad preestablecidas, esencializando la individualidad y transformando lo empírico en ideal.

3.2.2. El test de Gesell en la medicina infantil rioplatense

Gesell y la psicometría

Mucho nos place comprobar que los lectores de habla hispana se interesan en la labor de la Clínica de Desarrollo Infantil de la Universidad de Yale. Acrecienta nuestra satisfacción el que gran parte de ese interés nos lo ofrece la profesión médica (Gesell & Amatruda, 1947,p. 13).

Así comenzaba el prólogo preparado por Gesell para la versión castellana de *Embriología de la Conducta*, obra editada en 1947 por Paidós. Si consideramos el lugar que ocupó la medicina en los esfuerzos de Gesell por jerarquizar su formación y abrirse paso en el ámbito académico y de las políticas públicas, es comprensible su sensibilidad

diferencial hacia un público lector conformado por médicos. En este apartado examinaremos los usos médicos de su escala de evaluación del desarrollo, pero cabe destacar que la recepción de la obra de Gesell trascendió los límites de dicha aplicación para extenderse al campo de las normas de crianza, tal como veremos en el próximo capítulo.

El primer texto de Gesell publicado en la Argentina parece haber sido un artículo de su autoría que apareció en la edición N° 143 del *Boletín Internacional de la Protección de la Infancia* y cuya traducción al castellano se publicó en 1940 en la revista *Infancia y Juventud* del Patronato Nacional de Menores, con el título “Higiene mental de los niños”. Allí, Gesell brindaba un panorama general de sus investigaciones, de la utilización del método de análisis filmico y de los resultados plasmados en su obra *Atlas of Infant Behaviour*, publicada en 1934. Asimismo, el autor exponía de modo categórico su tesis de corte innatista, según la cual la evolución espiritual estaba sometida a las leyes y restricciones del crecimiento, subrayando que no estaba determinada por el hábito ni por “reflejos condicionados por los complejos subconscientes” (Gesell, 1940, p. 106).

La escala de evaluación del desarrollo fue publicada originalmente en 1941, en un libro titulado *Developmental Diagnosis*, que mostraba los resultados obtenidos tras aplicar las pruebas de desarrollo en los ámbitos de la clínica y de la protección infantil. La obra debió esperar hasta 1946 para ser editada en la Argentina como primer título de la colección “Biblioteca Psicotecnia” de editorial Paidós, sello que, en lo sucesivo, desempeñaría un rol clave en la conformación de un público lector de obras “psi” (Dagfal, 2009; Klappenbach, 2001).¹⁰⁹ La tarea de traducción al español fue

¹⁰⁹ La editorial Paidós fue fundada en septiembre de 1945 por Enrique Butelman (1917-1990) y Jaime Bernstein (1917-1988). En un principio, se dedicó al campo de la psicología infantil. El primer título publicado fue *Los conflictos del alma infantil*, de Carl Gustav Jung, traducido por Ida Germán, la segunda esposa de Enrique Butelman (Dagfal, 2009). Con los años Paidós creció hasta convertirse en una de las

encomendada al psiquiatra Bernardo Serebrinsky,¹¹⁰ quien en el prólogo caracterizaba a la obra como “uno de los libros más importantes en el terreno de la psicología, neuropsiquiatría y psicotecnia infantil de los últimos 20 años” (Serebrinsky, 1946, p. 5). Es preciso recordar que el texto de Gesell llegó a la Argentina en un contexto en el cual, según vimos, existía cierta indiferencia y descreimiento de los médicos frente a los test psicológicos (Reca, 1945). Al respecto, la postura de Serebrinsky buscaba destacar el valioso aporte de las técnicas psicológicas subrayando que la importancia de la obra de Gesell y el valor de sus conclusiones teórico-prácticas “dependen, fundamentalmente, de la bondad del método psicotécnico utilizado en la medición del desarrollo” (Serebrinsky, 1946, p.5). El autor reconocía que en la Argentina los métodos psicotécnicos no gozaban de particular simpatía, hecho que, a su criterio, era comprensible y en cierta medida justificable. En efecto, Serebrinsky sostenía que la gran difusión de la escala de Binet (en la revisión de Terman) había generado a una tendencia a sobredimensionar sus resultados, hecho que explicaba la reacción desfavorable hacia la psicometría. Sin embargo, señalaba que con un mejor conocimiento de los hechos y una más exacta delimitación del campo de aplicación, los tests habían vuelto a ocupar el lugar que les correspondía:

Este libro viene, pues, en buena hora, a recordar a médicos y maestros argentinos que la psicotecnia –empleada correctamente– constituye un valioso y eficaz auxiliar. Porque la

editoriales de referencia en España y Latinoamérica en el ámbito de las ciencias humanas y sociales, con más de dos mil títulos en el catálogo actual (fuente: <http://www.planetadelibros.com/editorial/ediciones-paidos/conocenos/3>).

¹¹⁰ Bernardo Serebrinsky (1908-1956) fue un psiquiatra infantil cordobés interesado en los tests psicológicos y su aplicación a los ámbitos laboral, educativo y clínico. A fines de los años cuarenta formó parte del Instituto de Orientación Profesional de la Provincia de Buenos Aires, dedicándose a tareas vinculadas con la psicotecnia. Mostró un especial interés por el test de Rorschach y publicó trabajos sobre su aplicación en homicidas y adolescentes y su uso como complemento en la psicoterapia. En 1953 fundó la Escuela de Psicoterapia Cultural de la Organización pro Salud y Enseñanza (OSE), destinada a la formación de colaboradores capacitados para asistir al médico en la orientación y tratamiento de niños con trastornos de conducta (“Escuela de psicoterapia cultural en la infancia”, 1953; Lucero Kelly, 1957). Serebrinsky fue el traductor de las dos primeras obras de Arnold Gesell publicadas por Paidós: *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño* (1946) y *Embriología de la conducta. Los comienzos de la mente humana* (1947).

escala de Gesell pertenece, en esencia, a la misma corriente que inspiró las preparadas por Binet y Terman (p. 6).

La cita ilumina dos cuestiones. Por un lado, no es casual que Serebrinsky adoptara esta posición en el prólogo del primer volumen de una colección dedicada a la psicotecnia y publicada por una flamante editorial que desde sus comienzos había adoptado un perfil “psi”.¹¹¹ Si a ello se suma la formación prácticamente nula de los médicos en psicología y su escaso interés por las herramientas psicotécnicas, es fácil advertir la estrategia editorial destinada a crear y consolidar un público lector.

Por otro lado, la cita echa luz sobre una cuestión de interés, que hace justamente a la recepción local del método de Gesell. En su prólogo, Serebrinsky prefería dejar de lado la discusión acerca de si lo que medían las escalas de Gesell y de Terman era la inteligencia o la madurez mental. Ambos instrumentos, afirmaba, “constituyen un conjunto de pruebas destinadas a demostrar que un determinado niño ha logrado un cierto grado de madurez” (p. 6). Sin embargo, Gesell tomaba cierta distancia con respecto a la escala de Terman, de suerte tal que, desde su perspectiva, ambas técnicas no quedaban rápidamente homologadas. Gesell buscaba objetividad pero también se interesaba por los aspectos cualitativos de la evaluación y por ese motivo ponía ciertos reparos a la hora de compararse con los referentes de las técnicas psicométricas. Terman, por su parte, simpatizaba con el uso que hacía Gesell de métodos clínicos y cualitativos, pero sostenía que la falta de medidas estadísticas o cualquier información

¹¹¹ La decisión de editar una colección sobre psicotecnia posiblemente haya estado ligada a los intereses de Jaime Bernstein, uno de los socios fundadores de Paidós. Bernstein se había formado en pedagogía y en psicología aplicada y, al igual que Serebrinsky, se interesaba por el estudio del test de Rorschach. El vínculo entre ambos tal vez haya sido clave en la decisión de poner en manos del psiquiatra cordobés la traducción de las obras de Gesell. En lo sucesivo, Serebrinsky y Bernstein trabajarían junto con Nicolás Tavella en el Instituto de Orientación Profesional dependiente de la Dirección General de Escuelas de la Provincia de Buenos Aires, precisamente en la adaptación de técnicas y la construcción de baremos. En 1949, cuando el Instituto de Orientación Profesional se transformó en la Dirección de Psicología Educativa y Orientación Profesional de la Provincia de Buenos Aires, Serebrinsky, Bernstein y Tavella tendrían a su cargo la capacitación y supervisión de orientadores (Gavilán, 2007).

sobre validez y confiabilidad viciaba el valor de sus datos (Weizmann & Harris, 2012). Si bien Gesell compartía con Terman y Goddard el interés por los tests mentales, consideraba que las medidas de inteligencia convencionales eran demasiado estrechas y prefería basarse en apreciaciones de tipo cualitativo realizadas por un observador clínico. Estos juicios clínicos eran combinados –de forma no completamente clara– para dar como resultado una edad de desarrollo global (cociente evolutivo). Para Gesell, el cociente evolutivo (CE) constituía un índice aproximado del grado y ritmo de desarrollo, toda vez que, en los casos “normales”, se suponía que el ritmo permanecería relativamente constante a lo largo de todo el ciclo de crecimiento. Ahora bien, el CE era para Gesell un punto de partida del diagnóstico, cuyo aporte no debía ser sobrevalorado. En ese sentido, el autor buscaba diferenciarse del CI, no tanto por los principios que les daban fundamento –que eran muy similares– sino por las aplicaciones clínicas. La principal crítica de Gesell al CI en tanto valoración del desarrollo de la inteligencia era el exceso de simplificación que suponía extraer la edad mental a partir de la suma de los éxitos obtenidos en las pruebas, sin hacer una distribución de los mismos de acuerdo con el tipo de pruebas. Según Gesell, dicha modalidad conducía “al error de considerar la inteligencia como una entidad global y a no diferenciar los tipos individuales de inteligencia, intelectualidad y genio” (Gesell & Amatruda, 1946, p. 152). El CE, por el contrario, no estaba limitado a una fórmula única que incluía la totalidad del psiquismo, sino que podía obtenerse separadamente para cada campo de la conducta, e incluso para funciones específicas dentro de un campo. Este planteo nos remite a la postura de Charlotte Bühler que, según vimos, se basaba en los desarrollos de Gesell para avanzar en la idea de que el test debía constituir una herramienta de diagnóstico, pudiendo ofrecer además información sobre las causas del “retraso” y orientar de ese modo el tratamiento. En suma, el diagnóstico evolutivo que proponía Gesell consistía menos en

medir la inteligencia que en buscar una estimación clínica del desarrollo analizando el estado de madurez. En ese sentido, el CE no equivalía a un diagnóstico, sino que era un dato que requería interpretación. Sin embargo, la distinción entre ambos índices fue a menudo ignorada por el propio Gesell, quien nunca fue del todo claro en establecerla. Si bien en la traducción al español Serebrinsky reemplazó “Cociente Evolutivo” por “Cociente de Desarrollo” (CD), por considerar que la primera expresión se había utilizado en nuestro medio como equivalente a “Cociente Intelectual” (Gesell & Amatruda, 1946, p. 149), su comentario en el prólogo tendía a matizar las diferencias situando a la escala de Gesell en línea directa con la de Terman y ubicando en todo caso las diferencias a nivel del rango etéreo de la población a la que se destinaba (la escala de Gesell para primera infancia y la de Terman para segunda infancia). En cierto modo es probable que esta lectura se deba al hecho de que Gesell no fue del todo consecuente con la distinción entre ambos índices, a menudo soslayada por él mismo (Weizmann & Harris, 2012).

Gesell y los médicos de niños

Las experiencias médicas inaugurales con el test de Gesell de las que consta registro tuvieron lugar en la ciudad de Montevideo, a fines de la década de 1940.¹¹² El primero de los trabajos, realizado por Carlos Bauzá y Galina Solovey, se proponía indagar las secuelas neuropsíquicas de las meningitis purulentas en niños de primera infancia. Éstas podían consistir en parálisis de los nervios craneanos, sordera, ceguera, afasia, deficiencia mental, trastornos de la conducta y afectividad, entre otros. El diagnóstico precoz de los retardos neuropsíquicos y el control periódico eran de suma importancia,

¹¹² Por esos años, también en la ciudad de La Plata se llevó a cabo un estudio que exploraba el desarrollo en la primera infancia por medio del test de Gesell en una muestra de 210 niños de la Casa Cuna (Sbarra et al., 1963). Dicho trabajo, realizado por los médicos Enrique Falabella y Noel Sbarra, fue distinguido con el premio “Doctor Fernando Schweizer” 1950, otorgado por la provincia de Buenos Aires al mejor trabajo en pediatría. El trabajo de Falabella y Sbarra permanece inédito (fuente: Entregóse el premio “Doctor F. Schweizer”. (1952, enero 8). *Diario El Día*, p. 3. La Plata).

sobre todo teniendo en cuenta que, a diferencia del adulto, en el niño podía existir un “intervalo libre” durante el cual no se observaban las secuelas de una lesión ya presente (J. P. Garrahan & Escardó, 1944). Con respecto a las meningitis purulentas, era esencial según los autores, “ir a buscar el retardo”, sobre todo cuando su expresión no era evidente a simple vista. De allí que concluyeran que “un niño que ha tenido un proceso infeccioso de su sistema nervioso central no debe ser dado de alta sin estudio neuropsíquico” (Bauzá & Solovey, 1950, p. 459). En este punto cabe preguntarse por qué motivo las pruebas de maduración ofrecidas por Gesell eran el instrumento empleado para detectar dichos “retrasos”. El argumento de los autores hacía hincapié en que las normas de Gesell permitían explorar la conducta en la acepción más amplia del término, que abarcaba las reacciones reflejas y espontáneas, pero también las volitivas y las aprendidas (Bauzá & Solovey, 1950a, p. 353). Es decir, se trataba de un método más abarcativo que los exámenes que únicamente se basaban en el principio del paralelismo neuropsíquico y se centraban en las conductas de tipo reflejo.

¿Cuál era la utilidad de detectar un “retraso” neuropsíquico? En este punto, reencontramos los principios que orientaban los estudios abordados anteriormente: por un lado, el diagnóstico temprano permitía realizar una acción de higiene mental y social, adaptando la familia al niño: modificando su actitud frente a un trastorno del carácter, evitando la sobreprotección materna, etc. Por otro lado, el resultado del examen daba indicaciones precisas para colocar al niño en condiciones pedagógicas adecuadas, de acuerdo con el campo de conducta más “retrasado”.

Unos años más tarde, Elsa Müller (1956) midió el nivel de maduración neuropsíquica en setenta niños de la Casa del Niño de Montevideo, institución correspondiente a la División Primera Infancia del Consejo del Niño del Uruguay. La población de la muestra se distribuía entre niños prematuros (en colocación familiar y

en el medio familiar propio) y niños nacidos a término (en colocación familiar, internos en la Casa del Niño y concurrentes durante el día). Además de indagar posibles divergencias en el ritmo del desarrollo de acuerdo con el momento del nacimiento (a término o prematuro),¹¹³ interesaba especialmente observar la conducta en los niños que eran criados en un ambiente familiar y en aquellos que permanecían internados o en colocación familiar. Este es un punto de indagación clave en la mayoría de las investigaciones realizadas con el test de Gesell en las décadas de 1950 y comienzos de los años sesenta. Müller encontraba que, sin excepción, los niños internos en la Casa Del Niño de Montevideo presentaban retardo en la conducta personal-social, en el lenguaje o en ambos. Esto traía a colación el fenómeno del hospitalismo, uno de los problemas más indagados en los trabajos sobre evaluación del desarrollo. Si bien Gesell dedicaba un capítulo de *Diagnóstico del Desarrollo* a examinar el denominado “síndrome institucional” en el marco de los cuadros de retardo ambiental (Gesell & Amatruda, 1946, p. 339 y sigs.), el problema del hospitalismo cobró gran relevancia luego de que en 1954 se diera a conocer la traducción al castellano de un informe elaborado por el psiquiatra y psicoanalista inglés John Bowlby a pedido de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La tesis central del informe planteaba que la privación de cuidados maternos y de afecto en la primera infancia era riesgosa para la salud mental del sujeto, pudiendo llegar a producir consecuencias serias e irreversibles a nivel de la estructuración de la personalidad. En otro capítulo se desarrollará este tema

¹¹³ Los primeros estudios del desarrollo de los niños prematuros datan del siglo XIX. En líneas generales, dichas investigaciones buscaban establecer si existían diferencias entre estos niños y los nacidos a término en cuanto a los tiempos de aparición de los dientes y del control esfinteriano, de cierre de las fontanelas y de comienzo de la locomoción. Asimismo, no faltaron estudios que indagaran la relación entre prematuridad y debilidad mental. El propio Gesell se ocupó del tema (Gesell & Amatruda, 1946, p. 316 y sigs.), concluyendo que, de no mediar alteraciones endocraneanas (malformaciones congénitas, traumatismos cerebrales o hemorragias meníngeas), la prematuridad no afectaba el desarrollo neuropsíquico. Las evaluaciones con el test de Gesell a nivel local corroboraban estas afirmaciones. Al respecto, véase Seibel de Corts, D. (1959). Control mental y neurológico de los prematuros y recién nacidos anóxicos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXX(3), 124-128.

en detalle.¹¹⁴ Aquí nos interesa señalar que, en el caso de la evaluación del desarrollo psicológico en la primera infancia, el problema de la privación de afecto contribuyó a poner de relevancia la incidencia de los factores ambientales en el desarrollo neuropsíquico. Si bien en modo alguno se dejó de lado la ponderación del componente constitucional y de la herencia, esta atención diferencial prestada a la variable ambiente parece estar a tono con la reorganización del campo pediátrico en torno a la concepción del niño como sujeto biopsicosocial y a la dinámica vincular en la que se hallaba inserto. Así, dos investigaciones realizadas a comienzos de la década de 1960 en Montevideo (Marcos & Müller, 1961) y en la Casa Cuna de La Plata (Sbarra, Alcaide, & Carneiro, 1963) se dedicaron a analizar, por medio del test de Gesell, de qué modo el estado nutritivo y el ámbito de crianza (familia de origen, familia sustituta, asilo) incidían en el curso del desarrollo. En líneas generales dichos estudios ratificaban las aseveraciones de autores extranjeros en cuanto a que los niños distróficos e internados mostraban “retrasos” en las áreas de conducta personal-social y de lenguaje y, en líneas generales, en su desarrollo global:

Es el grupo de niños que presenta el panorama más sombrío. Están gravitando en ellos dos factores importantes: el hospitalismo y la distrofia. Una interpretación humana y comprensiva de la media de su cociente de desarrollo: 54 nos lleva a considerar el efecto producido por la ausencia del cuidado maternal –carencia afectiva– con sus insustituibles características de unidad, precocidad, constancia y ternura (Marcos & Müller, 1961, p. 83).

Asimismo, las investigaciones ponían sobre aviso a los médicos acerca de los problemas que entrañaba la crianza en condiciones diferentes a las del entorno “ideal” de la familia nuclear. Basados en la comprobación de que el CE descendía conforme la

¹¹⁴ Al respecto, véase el quinto capítulo de esta tesis.

privación afectiva se prolongaba en el tiempo (Marcos & Müller, 1961) o bien por el solo hecho de la internación (Sbarra et al., 1963), los diferentes estudios insistían en la necesidad de implementar medidas tendientes a fomentar el vínculo madre-hijo y la crianza en familia. Dichas medidas apuntaban a disminuir los tiempos de internación en hospitales, auspiciar la internación conjunta de la madre con su hijo e implementar la adopción de los niños huérfanos. Esto nos permite reflexionar sobre el modo en que el conocimiento psicológico contribuyó a la naturalización de la crianza en el seno del modelo tradicional de familia, tópico que será analizado en detalle en los próximos capítulos.

Las investigaciones sobre el desarrollo de los niños asilados pusieron de manifiesto otro problema que constituyó asimismo un punto de interés en las evaluaciones del desarrollo. Nos referimos a la distrofia carencial. Como veremos más adelante, a lo largo del siglo XX la concepción médica de este trastorno –caracterizado como un estado de desviación del proceso normal de crecimiento y desarrollo– se modificó para incluir entre sus causas a las carencias socioeconómicas y psicoafectivas, además del déficit de aporte alimentario.¹¹⁵ Y fue precisamente en los hospitales y asilos donde pudo corroborarse que una correcta alimentación no era capaz de garantizar el crecimiento y desarrollo esperados. A partir de estos hallazgos, los pediatras Ilda Moreno de Taubenslag, Leónidas Taubenslag y Adolfo Rybak, junto con la psicóloga María Teresa Burich, emprendieron un estudio con el fin de determinar la magnitud de la detención del desarrollo neuropsíquico en relación con el grado de distrofia (1º, 2º o 3º grado) y la influencia del tratamiento sobre dicho cuadro. Los autores administraron la escala de Gesell a 26 niños, concluyendo que el CE disminuía bruscamente en los distróficos de 3º grado, lo cual evidenciaba una marcada incidencia

¹¹⁵ Al respecto, véase el quinto capítulo de esta tesis.

de la desnutrición en el desarrollo. Durante la recuperación, el CE aumentaba de manera ostensible en los distróficos de 1° grado, se normalizaba en los distróficos de 2° grado y se mantenía entre normal y bajo en los distróficos de 3° grado. En suma, el test de Gesell parecía mostrar que la detención del desarrollo neuropsíquico en distróficos era reversible en cuanto mejoraban las condiciones generales del niño, pero dependiendo de la magnitud de la desnutrición (Moreno de Taubenslag, Taubenslag, Rybak, & Burich, 1963).¹¹⁶

Existe en la obra de Gesell una tensión nunca resuelta entre la concepción maduracionista del desarrollo que buscaba reconducirlo a las leyes biológicas que lo determinaban y el punto de vista que destacaba la influencia del ambiente en su curso. Esta tensión será analizada en profundidad en otro capítulo, pero interesa recuperarla aquí para mostrar que, hacia el final del tramo estudiado en esta tesis, la recepción del test de Gesell por parte de los médicos inclinó la balanza hacia uno de los dos polos en tensión. En efecto, hemos visto que los usos de la escala se vincularon en gran medida con el interés por estudiar de qué modo diferentes variables ambientales (nutrición, entorno, condiciones de crianza) incidían sobre el desarrollo. Es de destacar sin embargo que el ambiente cumplía en esta concepción el rol de catalizador o, en su defecto, obstructor del desarrollo, lo cual nos conduce nuevamente a la concepción del desarrollo como despliegue de lo que está contenido en potencia en el individuo.

Una última particularidad que interesa destacar es que, en el uso de la escala de Gesell, reaparecía la preocupación por establecer las normas madurativas locales, aunque ya no únicamente en virtud de las diferencias raciales con respecto a la población estadounidense, sino de divergencias en torno a los hábitos de alimentación y

¹¹⁶Al respecto véase también Moreno de Taubenslag, I., Taubenslag, L., Méndez, A., & Burich, M. T. (1963). Desarrollo Psicomotor y Estado Nutritivo. En *XIII Jornadas Argentinas de Pediatría* (pp. 255–279). Tucumán: Sociedad Argentina de Pediatría (Filial Tucumán).

socialización y el nivel sanitario y económico. Los médicos uruguayos observaban, por ejemplo, que el fracaso de un niño de 12 meses en la prueba de garabateo se debía en muchos casos al hecho de que era la primera vez que el pequeño tomaba un contacto con un lápiz. Las diferencias socioeconómicas tenían así un peso considerable en la valoración de algunas de las conductas “normales” propuestas Gesell:

una de las pruebas del nivel de los 36 meses es la duplicación de un modelo de tren (tres cubos con un cuarto encima a modo de chimenea), previa demostración. Bien, es excepcional que en nuestro niño de 3 años esto estimule su interés o su imaginación, y que duplique dicho modelo. Es posible que el proceso de condicionalización y entrenamiento cultural, debido a la abundancia de los juguetes mecánicos y precocidad con que se introducen en la vida infantil, en los E.E. U.U., sea uno de los factores que lo expliquen (Bauzá & Solovey, 1950b, pp. 453-454).

Evidentemente algunas de las pruebas propuestas en la escala Gesell precipitan la pregunta acerca de si lo que miden los tests es el nivel de desarrollo entendido como un despliegue “natural” de lo que está contenido en potencia en el individuo, o bien el nivel de adaptación del sujeto a una cultura determinada. Aun cuando, por el tipo de pruebas, esto no sea tan manifiesto como en el caso del test de Terman (Gould, 1988), las observaciones citadas suscitan idénticos interrogantes en torno a las técnicas de evaluación psicológica.

Como señalamos, hacia los años sesenta la medicina mostraba cierta desconfianza frente a la posibilidad de conocer al niño argentino de manera integral, no solo por la imposibilidad de caracterizar algo tan individual como la personalidad, sino porque los múltiples métodos y técnicas parecían ser insuficientes (Allegri et al., 1963). Aun así, la escala de Gesell fue considerada útil, posiblemente porque, sin perder su fundamento neurobiológico, atendía a las variables ambientales y permitía evaluar de

manera “objetiva” dimensiones como la adaptación social. Esto es particularmente relevante en un momento en el cual la pediatría y la puericultura se adentraban cada vez más en la cualidad del vínculo materno-filial para comprender tanto la estructuración del psiquismo como el estado nutritivo y el equilibrio físico del niño.

3.3. Conclusiones del capítulo

El recorrido realizado en este capítulo nos ha permitido acercarnos a las experiencias de evaluación del desarrollo psicológico por parte de médicos de niños en diversas instituciones de protección materno-infantil de Buenos Aires, La Plata y Montevideo. En lo tocante a la administración de las pruebas hemos observado que las experiencias locales introdujeron ciertas modificaciones en la toma, ligadas posiblemente a los intereses concretos de los médicos en torno a la ponderación de aspectos de vital importancia para el desarrollo y la adaptación del sujeto, tales como la adquisición del lenguaje o la marcha. Asimismo, hemos señalado la advertencia de ciertos médicos rioplatenses en torno a algunas de las pruebas elaboradas por Gesell, que requerían de un bagaje cultural previo y del acceso a determinados objetos que no siempre estaban disponibles para los niños de los sectores más desfavorecidos, que conformaban el grueso de la población evaluada.

A lo largo del capítulo hemos podido apreciar que, durante buena parte del período analizado, la ponderación del desarrollo psicosensorial se vinculó con la preocupación eugenésica por la calidad de la población y con el campo de problemas de la higiene mental, movimiento que, como vimos en el primer capítulo, se consolidó en la Argentina hacia la década de 1930. A la luz de los preceptos de la higiene mental y de una tradición eugenésica de corte neolamarckiano, los resultados de las pruebas no

constituían un dato inmodificable, sino que ofrecían información valiosa para dirigir las intervenciones destinadas a modificar las variables ambientales que incidían en el desarrollo. Este tipo de utilización de los tests como instrumentos capaces de aportar datos orientadores se mantuvo constante a lo largo del período estudiado, conservándose así la perspectiva planteada en torno de la necesidad de no desestimar el juicio clínico. Así, los resultados del test de evaluación psicológica, al modo de los análisis de laboratorio, debían ser considerados como un dato más, que era necesario complementar con un examen clínico minucioso.

A partir de la década de 1950 es posible observar una mayor pregnancia de la variable ambiental en las preguntas de investigación formuladas por los médicos. La difusión de las ideas de John Bowlby sobre las consecuencias de la privación de afecto en la primera infancia contribuyó a fijar el foco de atención sobre la incidencia de los factores ambientales en el desarrollo neuropsíquico. Si bien no se dejó completamente de lado la ponderación del componente constitucional y de la herencia, esta atención diferencial prestada a la variable ambiente es inescindible de los cambios que en la Segunda Posguerra situaron al niño como sujeto biopsicosocial, cuya salud y desarrollo dependían en buena medida de la dinámica vincular y afectiva en la que se hallaba inserto.

Más allá de la dimensión de análisis vinculada con los usos de las técnicas psicológicas, el capítulo ha ofrecido algunas reflexiones acerca de la relación entre psicología y pediatría desde el punto de vista del estatus de esta última como profesión. Si bien para la década de 1920 la medicina de niños constituía una especialidad establecida, cabe suponer que el progresivo dominio de las técnicas psicológicas contribuyó a profundizar su consolidación como profesión dedicada al cuidado de la salud de los niños. En esa dirección, el análisis de las experiencias de pediatras que

incorporaron instrumentos psicológicos en sus investigaciones sobre el desarrollo “normal” muestra que el recurso a dicha disciplina habría formado parte de una estrategia política más amplia, tendiente a consolidar tanto el reconocimiento de la autoridad científica al interior del campo médico, como la legitimación del saber médico al exterior de dicho campo. Así, la pediatría amplió su ámbito de acción para incluir temas que tradicionalmente no constituían el centro de sus preocupaciones, al tiempo que la psicología adquirió visibilidad. Tal como ha señalado Nikolas Rose (1996), este particular uso de la psicología por parte de la medicina contribuyó a su “disciplinarización”, vale decir, al proceso por el cual, desde mediados del siglo XIX, el saber psicológico obtuvo reconocimiento por parte de la comunidad científica.

Un hecho merece sin embargo ser destacado: por fuera de las experiencias que hemos analizado, las fuentes primarias y algunas fuentes orales parecen indicar que buena parte del campo pediátrico se mantuvo distanciado de los tests psicológicos e incluso mostró cierta reticencia frente a ellos. Y si bien, como vimos, el acercamiento a la psicología podía corresponder a cierto intento por contemplar los aspectos espirituales del paciente, la escasa formación psicológica con que contaban los médicos parece haber incidido en su alejamiento.

Si consideramos que hacia el final del período estudiado, las características neuropsíquicas del niño eran listadas entre los elementos de valoración del desarrollo más importantes (Fígoli, 1963), cabe suponer que en los años sesenta los instrumentos de evaluación psicológica cobraron una mayor visibilidad en el campo médico. Al respecto, podríamos conjeturar que la incorporación de los primeros egresados de las carreras de psicología a los servicios hospitalarios habría sido un factor de singular peso en el acercamiento de los pediatras a las técnicas psicológicas. Cabe recordar en este punto que, en las primeras carreras de grado, el perfil profesional proyectado para el

psicólogo en instituciones de salud se resumía a la figura de un “testista” auxiliar del médico en la tarea diagnóstica (Monasterio, Ravagnan, Rolla, & Tobar García, 1961).

Por último, y en virtud del recorrido realizado hasta aquí, interesa subrayar que las ideas y prácticas de la higiene mental encontraron en la evaluación del desarrollo por parte de la medicina infantil un terreno propicio para desarrollarse, más allá del ámbito estrictamente psiquiátrico. En cuanto a la psicología en su vertiente aplicada, hemos hallado en la primera infancia un ámbito no explorado hasta el momento, en el cual las técnicas de evaluación psicológica fueron implementadas.

Capítulo 4

El niño de la puericultura: de la robustez física al equilibrio emocional¹¹⁷

Este capítulo se propone realizar un recorrido por el campo de la puericultura y los consejos de crianza, a fin de analizar los vínculos entre dicha especialidad y los saberes psicológicos sobre el desarrollo. La percepción de la primera infancia como un período decisivo para la salud mental y la integración social del sujeto se mantuvo constante a lo largo de las décadas analizadas. Sus fundamentos se hallaron en teorías psicológicas de diverso cuño como el conductismo y el psicoanálisis y sirvió de base para justificar las intervenciones en el campo de la crianza y la educación infantil (Vilhena & Ferreira, 2014). En ese sentido, si consideramos que, desde sus comienzos, la pediatría estableció que la crianza era un acto demasiado riesgoso para estar exclusivamente en manos de madres y familias (Colángelo, 2012), cabe ponderar el peso que los aportes de la psicología habrían tenido en la legitimación de las pedagogías maternas. Es preciso señalar que, desde fines del siglo XIX, aquello que los expertos consideraron una “buena maternidad” se enlazó a los desarrollos de la ciencia médica y no al instinto materno. Por ese motivo, y aún cuando se asumiera la existencia de dicha tendencia innata y se valorara su puesta en juego en la crianza, fue constante la suposición según la cual las madres debían ser educadas para desempeñar su rol. Y fueron precisamente

¹¹⁷ Algunas de las ideas vertidas en este capítulo fueron publicadas previamente en Briolotti, A., & Benítez, S. M. (2014). Medicina, higiene mental y saber psi en la construcción de la maternidad y la infancia en la Argentina: un análisis a través de la revista *Madre y Niño* (1934-1935). *Universitas Psychologica*, 13(5), 1709–1719, en Briolotti, A. (2015). La voz de la ciencia educando a los padres: el desarrollo psicológico del niño en las conferencias radiales dirigidas a la comunidad platense (1942-1947). En A. Viguera (Ed.), *Historias de la psicología y el psicoanálisis en La Plata (1946-1990)* (pp. 10–30). La Plata: EDULP, en Briolotti, A. (2016). Educando a los padres argentinos: un análisis a través de los manuales de puericultura de Aráoz Alfaro y Garrahan. *Avances del Cesor*, V. XIII(15), 39–60 y en Briolotti, A. (2017). La educación desde la cuna: psicología y orden social en el discurso de la puericultura (1934-1955). En A. M. Talak (Ed.), *Psicología y orden social: desarrollos académicos y usos sociales de la psicología en la Argentina (1890-1955)*. Buenos Aires: Biblos. En prensa.

los médicos de niños quienes cumplieron un importante papel en la difusión de pautas de crianza, ya sea de forma directa o bien a través de intermediadores sanitarios tales como enfermeras, parteras, visitadoras de higiene y asistentes sociales, quienes intentaron difundir las ideas gestadas en los ámbitos académicos. Estas mujeres tuvieron éxito en la tarea de reducir la distancia cultural entre las madres y las instituciones médicas (Billorou, 2007b), aunque fueron numerosas las dificultades con las que se toparon, las cuales excedían el campo de las ideas y remitían al problema de la falta de personal, de infraestructura básica y de recursos (Biernat & Ramacciotti, 2014b). Jugó un importante papel asimismo la literatura didáctica, que, con la eclosión de la cultura de masas, el fortalecimiento de los Estados nacionales y la delimitación de la pediatría como disciplina, creció exponencialmente entre fines del siglo XIX y comienzos del XX. En este marco, como mencionamos, el saber médico se nutrió de nociones psicológicas con el fin de comprender y transmitir un conocimiento “científico” sobre la educación del niño. En el contexto local, esa relación de la medicina con la psicología fue previa a la consolidación de un estilo de crianza “psicologizada” que cristalizaría en la década de 1960.

El capítulo analiza un corpus de fuentes primarias conformado por libros, artículos de revistas científicas y de divulgación, actas de congresos y conferencias radiales publicados durante el período analizado en esta tesis, con el fin de situar los rasgos más salientes de los usos de la psicología y del psicoanálisis por parte de la puericultura. Cabe subrayar además que al comienzo del período aquí analizado (más específicamente en 1934) se fundó la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires, en el marco de un gran impulso en el proceso de institucionalización local de la disciplina. Sin que pueda hablarse de un grado de generalización considerable (de Toni, 1957), la puericultura incorporó conocimientos provenientes de la psicología del desarrollo con el

fin de orientar a los padres en el cuidado y la educación de sus hijos. Pero, a su vez, y por medio de sus consejos prácticos, intervino en la producción de un cierto tipo de subjetividad “normal” y “saludable”. En esa dirección, este capítulo retoma la línea de trabajo de autores que se han ocupado del tema desde un enfoque de inspiración genealógica (Amaral dos Santos, 2011; Arruda-Leal, 2011; dos Santos Lamprecht, 2014; Godinho Lima, 2007; Loredó Narciani, 2014, 2016; Loredó Narciani & Jiménez Alonso, 2014), suscribiendo a la tesis según la cual no existe una subjetividad infantil universal susceptible de ser descubierta y descrita por los saberes expertos. Así, la puericultura en su relación con la psicología ha formado parte de las tecnologías de gobierno del yo (Rose, 1990) que determinan nuestras conductas en direcciones específicas en ciertas circunstancias históricas, sociales y culturales y por medio de la administración de los comportamientos propios y ajenos (Rose, 1996). A su vez, en muchos aspectos, las investigaciones de la psicología evolutiva que nutrieron los consejos de crianza han tendido a centrarse en la madre antes que en el niño, interviniendo activamente en la vida de las mujeres en base a explicaciones sobre el desarrollo infantil que, de modo más o menos directo, pautan qué es lo mejor para el niño. De este modo, es la adecuación de los cuidados maternos lo que la psicología evolutiva estuvo llamada a regular (Burman, 1994). Todos estos aportes permiten reflexionar sobre los saberes médico-psicológicos como productores de subjetividad y, aunque no nos proponemos aquí mostrar cuáles fueron los efectos concretos de este disciplinamiento de las conductas, nuestro análisis parte de considerar esta pretensión explícita de la puericultura de intervenir para modificar algunas prácticas e implantar otras. Por lo demás, es claro que ha existido un margen de decisión por parte de las mujeres acerca de cómo cuidar a sus hijos, y no pocas veces esas decisiones –basadas en su experiencia, creencias y valoraciones– se apartaron de los consejos expertos (Apple,

2006). En ese sentido, conviene tener presente que lo que dicen los manuales de crianza no necesariamente es representativo de las conductas maternas (Mechling, 1975). Sin embargo, este hecho no anula el peso que han tenido disciplinas como la puericultura y la psicología evolutiva en el establecimiento de un sentido común en torno a las implicancias de criar un niño en el mundo occidental. En esa dirección, es preciso recordar que luego de la Segunda Guerra Mundial y en el marco del llamado *baby-boom*, las mujeres se mostraron más abiertas a incorporar las enseñanzas de una literatura de crianza “psicologizada” que ofrecía claves para comprender las conductas del niño y permitía canalizar las ansiedades maternas (Knibiehler, 2001).

Este capítulo explora además un punto poco indagado en los trabajos de historia “psi” local: las relaciones que la puericultura y la psicología establecieron con ciertos aspectos del orden social. En efecto, el discurso de los expertos vehiculizó ideas con carga valorativa sobre aquello que podía ser considerado normal y deseable para la adaptación social del sujeto, en articulación con temas más amplios tales como el problema del número y calidad de la población o la proyección de un orden social democrático. Interesa entonces iluminar el entramado de valores y problemas sociales en que se sostuvo la tematización del desarrollo del niño y la prescripción de prácticas de crianza por parte de los expertos, y el lugar ocupado allí por los saberes “psi”. Al respecto no debe perderse de vista que los puericultores produjeron conocimiento desde un lugar dentro del orden social, determinado, entre otros, por rasgos de género y de clase. Desde su perspectiva de médicos varones de clase media-alta, ordenaron prácticas, valores y hábitos vinculados con la gestación, el parto y la crianza. “Ordenaron”, como ha señalado Marcela Nari (2004), en un doble sentido: el de sistematizar los conocimientos y el de imponerlos, ya que el fin último fue homogeneizar la diversidad de prácticas y valores transmitidos entre las mujeres. El

inevitable sesgo producido por los determinantes de clase y género, lejos de ser advertido, fue eclipsado por la fundamentación de las prescripciones en una serie de rasgos “naturales”, tanto de la madre como del niño y de la crianza en el seno de la familia tradicional.

El capítulo examina los puntos de contacto entre la forma de concebir el desarrollo y cierta noción de orden social que las prescripciones médicas contribuyeron a refirmar y reproducir. En esa dirección, interesa destacar qué aspectos de la subjetividad conformaron el horizonte de representaciones de los expertos acerca del ciudadano y la sociedad ideales y que, en consecuencia, moldearon las prescripciones en torno a la crianza.

4.1. La puericultura como saber de Estado

4.1.1. La ciencia médica y las prácticas de crianza

La puericultura surgió en Europa hacia fines del siglo XIX en estrecha relación con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud del niño y de su madre. El término fue introducido en 1865 por el médico francés Alfred Caron, quien lo plasmó en un manual editado ese mismo año con el título *La puériculture ou la science d'élever hygiéniquement physiologiquement les enfants*.¹¹⁸ Sin embargo, dicho término fue rápidamente olvidado y reintroducido por Adolphe Pinard¹¹⁹ a comienzos del siglo XX

¹¹⁸ Se ha atribuido al pediatra sueco Nils Rosén Von Rosenstein la autoría de la primera obra de divulgación que hizo llegar al pueblo una serie de conocimientos pediátricos generales. El libro, publicado en 1752 con el título *De Morbis Infantum*, se tradujo a numerosas lenguas e instaló una idea clave: los niños de pecho enfermos lo estaban a causa de cuidados defectuosos (Chaminaud, 1951a).

¹¹⁹ Adolphe Pinard (1844-1934) fue uno de los maestros de la obstetricia francesa. Entre 1889 y 1914 dirigió la Clínica Baudelocque, donde sentó las bases de la terapéutica obstétrica moderna. Fue uno de los fundadores de la Sociedad Francesa de Eugenesia en 1913 y dirigió la Escuela de Puericultura de París. Como miembro de la Cámara de Diputados abogó por políticas pro-natalistas y, en 1920, presentó un proyecto de ley de examen prenupcial obligatorio.

(Boltanski, 1974). Se ha señalado que es recién con Pinard que comenzó a vislumbrarse el valor que tenía para el porvenir de la “raza” tanto el cuidado del recién nacido como del niño por nacer y de la salud de sus padres (Salomone Allievi, 1938). En efecto, como veremos más adelante, Pinard amplió el campo de la puericultura al definirla no sólo como el arte de criar a los niños, sino además procrearlos en las mejores condiciones posibles –siguiendo los principios eugénicos– y llevarlos a un nacimiento normal, después de nueve meses de gestación intrauterina completa (Couvelaire, 1938).

Una de las principales líneas de acción de la puericultura fue la divulgación de reglas y preceptos para una crianza “científica”, que no pocas veces cuestionaba las costumbres y saberes populares. El discurso médico difundió así un modelo de infancia, de familia y de sociedad y ciertas prácticas, actitudes y valores considerados deseables para el progreso de la Nación (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, M. J. Castellanos Guerrero, 2002). Al respecto, Luc Boltanski (1974) sostiene que la puericultura, en paralelo con el proyecto de la institución escolar y médica, se propuso regular todos los actos de la vida, especialmente los de las clases bajas. En un plano más general, Michel Foucault (1974-1975/2001, 1973-1974/2005) ha señalado que en el siglo XIX se consolidó el proceso por el cual el saber médico invistió el espacio familiar, transformándolo en una instancia normalizadora del desarrollo y demandando a los padres la vigilancia minuciosa del cuerpo del niño. Se gestaba así la “medicalización indefinida” (Foucault, 1996b) que caracterizó a la medicina del siglo XX, y en virtud de la cual ésta se extendió fuera de su campo tradicional –la intervención frente a la demanda del enfermo–, para imponerse al individuo sano o enfermo como acto de autoridad. Este proceso puede ser situado en el marco de las reformas constitutivas de la familia moderna que promovieron un pasaje del gobierno de las familias al gobierno a través de la familia, entendida como medio (más o menos favorable) para el desarrollo

de cada uno de sus miembros (Donzelot, 1977/2008). En suma, cabe suponer que la puericultura, a través de sus prescripciones de crianza, intervino en el proceso de descentralización del poder por el cual los Estados liberales limitaron la coacción directa sobre los individuos y la sustituyeron por la regulación indirecta de sus conductas, deseos y aspiraciones, con el propósito de alcanzar fines socialmente valorados (Foucault, 1977-1978/2006).

En tiempos en los que la cantidad y calidad del componente poblacional se consideraban factores decisivos para el progreso de las naciones (Biernat, 2011; Biernat & Ramacciotti, 2013; Reggiani, 2012), la puericultura constituyó un saber clave para combatir la mortalidad y proteger la salud de los niños, garantizando así la preservación del capital humano de la Nación. En esa dirección, se propuso proteger de manera integral a la madre y al niño a partir de la combinación de dos principios: la concepción de salud como un valor integral y la responsabilidad estatal en la consecución de este objetivo (Billorou, 2007a). En la década de 1930 se observa un impulso en el proceso de institucionalización de la puericultura local: en septiembre de 1934 se fundó la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires; en 1937 se creó la cátedra libre de Puericultura Primera Infancia en la UBA y se editaron revistas específicas, tales como *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires* en 1935 e *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, que comenzó a publicarse junto con la creación la cátedra de Puericultura Primera Infancia, con sede en dicha institución. Este fortalecimiento y mayor visibilidad de la disciplina puede situarse en el contexto de profundización de las iniciativas médicas en torno a la asistencia materno-infantil y la “maternalización” de las mujeres (Nari, 2004). Se trata de un fenómeno inescindible del período histórico iniciado en 1930, uno de cuyos rasgos salientes fue la ampliación de la intervención estatal en múltiples áreas, entre ellas la salud. En este marco, diversas

acciones buscaron centralizar y racionalizar la asistencia médico-social a nivel estatal, proceso que desembocó en la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia en el seno del Departamento Nacional de Higiene (Biernat y Ramacciotti, 2008). Una creciente red de instituciones (Dispensarios de Lactantes, Institutos de Puericultura, Centros de Atención Materno-infantil, etc.) en las cuales se incorporaron enfermeras y visitadoras de higiene, fue una de las piezas clave que acercó aún más la medicina a las madres y mujeres en edad fértil.

Este despliegue de la puericultura en la década del treinta se dio a su vez en el marco de un impulso de la medicina social, cuyo enfoque preventivo situaba en la organización de la vida colectiva –antes que en el individuo– las causas de diversas enfermedades. A esto se sumó la fuerte influencia de los discursos de la higiene y la eugenesia, configurándose así un entramado de ideas y prácticas que profundizó aquella voluntad de intervenir en los destinos de la Nación, característica de los médicos argentinos (Vezzetti, 1985). Como mencionamos anteriormente, la higiene individual y colectiva fue un instrumento privilegiado al servicio no ya de la pureza, sino del mejoramiento de la “raza argentina”. En ese marco, la difusión de consejos expertos pretendió crear conciencia sanitaria a nivel popular y, en última instancia, afianzar el autodisciplinamiento (Armus, 2016). En el caso que nos ocupa, la puericultura estableció fuertes vínculos con la eugenesia en el marco de la preocupación por la cantidad y calidad de la población (Biernat & Ramacciotti, 2013; Nari, 2004). Al respecto, es de destacar que la vertiente “positiva” de la eugenesia –tendiente a promover la mejora de los individuos y la reproducción de los más aptos– fue predominante en el campo de la medicina infantil, sobre todo a partir de la influencia de la puericultura preconcepcional o “eugenética” desarrollada en Francia por Adolphe

Pinard.¹²⁰

En conjunto, este movimiento de ideas y prácticas conformado por la higiene, la eugenesia y la medicina social encontró su eco en el desarrollo de la puericultura local. Si bien algunos pediatras como Mamerto Acuña y Saúl Bettinotti¹²¹ concebían a la puericultura como la ciencia de la salud del niño que requería, sin embargo, del dominio previo de la pediatría en tanto ciencia de los males que atañen a la niñez (Bettinotti, 1948), la puericultura local desarrolló un perfil eminentemente preventivo y extendido a las etapas previas al nacimiento, de acuerdo con la concepción propuesta por Pinard. En esa línea, la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires sostenía que la asistencia del niño enfermo era sólo un aspecto parcial de la protección a la infancia, y de menor importancia que la prevención del niño sano (“Propósitos y realidades”, 1935). Ese énfasis en la prevención y en la difusión a un público amplio es igualmente notorio en el artículo “Las dos puericulturas”, publicado en 1934 por el obstetra Nicanor Palacios Costa y el pediatra Florencio Escardó. El trabajo retomaba los ejes de un debate en el seno de la medicina infantil francesa, que confrontaba dos orientaciones: la técnica y la práctica. La primera establecía sus postulados en base al estudio de la patología infantil. La puericultura práctica, en cambio, se nutría además de “la higiene general, la obstetricia, la medicina social, la epidemiología, la psicología, la eugenesia, la eutenia y la jurisprudencia” (Palacios Costa y Escardó, 1934, p. 933). Este enfoque había sido

¹²⁰ Al desarrollo local de la puericultura puede añadirse asimismo el interés por el estudio de la nipiología, disciplina creada en Italia por el médico napolitano Ernesto Cacace y difundida en numerosos países de Latinoamérica (Billorou, 2007a). La nipiología surgió a comienzos del siglo XX como una ciencia pura y aplicada del niño en edad prelógica y prefásica, es decir, antes de la aparición de la palabra hablada y de la lógica inductiva-deductiva (Estapé, 1934; “La Nipiología. La fecunda obra del Prof. Ernesto Cacace”, 1936). En 1922, en la Argentina, se creó la Sociedad de Nipiología con el objeto de estudiar al niño desde un punto de vista médico, pero también sociológico, jurídico, puericultural, higiénico y psicológico (Bettinotti, 1930; Bonaventura, 1937).

¹²¹ Saúl Isabelino Bettinotti se graduó en la Universidad de Buenos Aires en 1924. Se especializó en pediatría y fue Médico Adjunto del Instituto de Maternidad (Prof. Alberto Peralta Ramos) y Médico Agregado del Hospital de Clínicas. Asimismo, fue Jefe de Trabajos Prácticos del curso de Visitadoras de Higiene Social (Instituto de Higiene Prof. Carbonell y Prof. Zwanck) y Director de Lactarios de la Asistencia Pública. Desde 1938 se desempeñó como Profesor Adjunto en la cátedra de Puericultura Primera Infancia, en la que fue designado Profesor Titular diez años más tarde (Bettinotti, 1946, 1948).

propuesto por Pinard, quien clasificaba a la puericultura en pre-concepcional, intrauterina y post-concepcional. Desde una perspectiva que abrevaba en la eugenesia, Pinard definía a la puericultura como “la ciencia que tiene por objeto el estudio y la investigación de las causas relativas a la conservación y al mejoramiento de la raza humana” (Salomone Allievi, 1938, p. 4). Esta disciplina partía del lactante sano, entendiendo que para conservar ese estado no era necesario pasar por la contraprueba del niño enfermo, sino que bastaba con aplicar una serie de reglas de higiene general que tendrían efecto sobre el niño, aunque no hubieran sido obtenidas a través su estudio directo. Los puericultores que adherían al enfoque técnico consideraban, un tanto peyorativamente, que la orientación propuesta por Pinard se basaba en “a priori” filosóficos y fisiológicos. En su texto, Palacios Costa y Escardó llamaban la atención acerca de la preeminencia de la puericultura técnica para médicos por sobre la puericultura práctica, que conllevaba la amplia difusión de sus normas. Los autores postulaban que la enseñanza de la puericultura a los médicos podía realizarse en forma técnica, con rigor escolar, pero sin invalidar el criterio de Pinard, “de irradiar apostólicamente la enseñanza de la puericultura con criterio de higienista y de sociólogo” (p. 934). Así, y sin dejar de afirmar que el médico era un elemento de propaganda y difusión “natural e insustituible” (p. 930), los autores sostenían que las personas ajenas a la medicina o vinculadas a ella (madres, enfermeras, parteras, visitadoras de higiene) debían conocer y dominar una puericultura útil y de aplicación inmediata. En este punto es llamativo el hecho de que un saber “científico”, cuyo acceso tradicionalmente estuvo reservado a los varones, buscara ser difundido entre las mujeres. Pero si tenemos en cuenta que se trata de un conocimiento vinculado con la crianza, esta irradiación de la ciencia hacia la población femenina refleja la lógica del saber médico que equiparó la maternidad (gestación y parto, que involucra solo a las

mujeres) con el maternazgo (cuidado y crianza de los niños, que compete a toda la sociedad), esencializando de ese modo el rol de la mujer como madre (Pozzio, 2011). Asimismo, el acceso de las mujeres a esta clase de saberes se dio en el marco de ciertas profesiones sociosanitarias (enfermeras, visitadoras de higiene, etc.) que les estaban reservadas especialmente, por involucrar tareas de protección y cuidado para las cuales se las consideraba aptas de acuerdo con su género (Martín & Ramacciotti, 2016).¹²²

Es posible suponer que, en la Argentina, el enfoque propuesto por Pinard acercó la puericultura a una tradición médica de larga data que, como vimos en el primer capítulo, vinculaba la higiene, la eugenesia y la medicina social. En virtud de este maridaje, se caracterizó a la puericultura acentuando su perfil preventivo y recurriendo a expresiones metafóricas tales como “[la puericultura] es el arte de cultivar la planta humana en la mejor forma posible” (Morquio, 1934, p. 7). Es aquí donde radicaría la clave que habilitó al discurso médico a establecer una normalidad deseable y pautar reglas de crianza acordes a ella.

4.1.2. La política de la puericultura: más y mejores niños para la patria

Al igual que en Europa, en la Argentina la puericultura se estructuró en torno a la prevención de la mortalidad infantil. De allí que se abocara especialmente al estudio del primer año de vida, período durante el cual el niño corría mayor riesgo (Bettinotti, 1941b). En la ciudad de Buenos Aires, la tasa de mortalidad de niños de 0 a 4 años fue de 350.1 por mil nacimientos en el período 1860-1864. En los años siguientes las cifras se redujeron considerablemente debido a los progresos de la medicina y la higiene, al

¹²² Un interesante estudio sobre la participación de las visitadoras de higiene platenses en la radio y las tensiones que ello introdujo en los roles atribuidos al género femenino y en el perfil profesional delineado por los médicos puede hallarse en Gavriola, C. (2016). Prevenir y persuadir. La radio y las Visitadoras de Higiene en las décadas de 1930 y 1940 en la ciudad de La Plata. *Avances del Cesor*, XIII(15), 93–111.

desarrollo económico y al mejoramiento de la alimentación. Así, entre 1935 y 1939 la tasa de mortalidad infantil fue de 71.2, y continuó descendiendo de manera casi ininterrumpida en los años siguientes (Mazzeo, 2007).

En la década de 1920 y, sobre todo, desde los años treinta, la promoción de la natalidad se sumaría a la tarea de prevención de la mortalidad infantil (Nari, 2004). La caída de los flujos inmigratorios y el descenso en las tasas de natalidad orientaron las acciones de los expertos hacia la reivindicación del elemento poblacional interno (Biernat, 2011; Senkman, 1990). La corriente nacionalista imperante en esos años se enfocó en los temas vinculados con la reproducción y la calidad de la población y los colocó en el centro del debate político (Reggiani, 2012). Así, la mirada de políticos e intelectuales-expertos se desplazó “de los barcos a las cunas” (Scarzanella, 2003b), reforzando así el maternalismo que reinaba en Occidente desde la Primera Posguerra (de Luna Freire, 2011; Knibiehler, 2001).¹²³ En ese escenario, la política de la puericultura consistió en coordinar esfuerzos para lograr la disminución de la mortalidad infantil sin que descendiera paralelamente la natalidad (Bettinotti, 1941b; Lascano, Bettinotti, y Halac, 1939). Este problema, que seguía siendo acuciante aún a fines de la década de 1940, se traducía en un crecimiento poblacional vegetativo¹²⁴ ínfimo, resultante de la alta mortalidad en los lugares más apartados del país y la baja natalidad en los grandes

¹²³ El cambio de actitud de las elites dirigentes sobre la política inmigratoria de “puertas abiertas” ha sido reconducida al nativismo nacional que, desde fines del siglo XIX, alertaba sobre los efectos perniciosos de la inmigración masiva sobre el ser nacional y la tradición. Como producto de algunos episodios de violencia política y conflicto social, en los primeros decenios del siglo XX surgió la imagen del inmigrante como un potencial perturbador del orden social, lo cual dio lugar a la sanción de instrumentos legales destinados a regular el ingreso y permanencia de inmigrantes (la ley de Residencia sancionada en 1902 y la ley de Defensa Social sancionada en 1910). Los cuestionamientos a la inmigración también se plasmaron en trabajos de corte ensayístico sobre el ser nacional, escritos por autores como Eduardo Mallea y Ezequiel Martínez Estrada. En líneas generales puede decirse que durante los años treinta –en el marco de los efectos socioeconómicos de la gran crisis– la concepción alberdiana sobre el rol de la inmigración para el crecimiento del modelo agro-exportador fue cuestionada por las élites políticas y económicas (Reggiani, 2012; Senkman, 1990; Zimmermann, 1995).

¹²⁴ El crecimiento *natural* o *vegetativo* de una población resulta de la diferencia anual entre nacimientos y defunciones, vale decir, los dos componentes naturales del crecimiento demográfico. Se trata de un índice de vital importancia en tanto es el único que rige la dinámica de una población cerrada (sin intercambio migratorio externo). Se complementa con el crecimiento migratorio, resultante de la diferencia anual entre inmigraciones y emigraciones (Vallin, 1994).

centros urbanos y sitios de mayores recursos materiales (Bettinotti, 1948).¹²⁵ En un contexto en el cual el aumento de la población constituía un elemento clave para el desarrollo de la Nación, las propuestas neomalthusianas de control de los nacimientos eran concebidas como el resultado de un profundo egoísmo agravado por la inmoralidad de perseguir el placer sin desear el fruto (Boero, 1939). Por ello no faltaron las propuestas de combatir el *birth control* en tanto factor negativo de la selección humana (Bettinotti, 1948; Caravías, 1930).¹²⁶

En ocasión del Primer Congreso Nacional de Puericultura, en octubre de 1940, Saúl Bettinotti situaba en un lugar central al problema de la desnatalización. Según el autor, dicho fenómeno se correspondía con un contexto en el cual el deber de formar una familia numerosa era vivido en muchos casos como una esclavitud. El estilo de vida en los centros urbanos imponía la conquista y renovación de numerosos bienes de lujo, atentando contra el logro de la solidez y la independencia económica necesarias para asumir la responsabilidad de constituir un matrimonio prolífico. El materialismo parecía ser el culpable del debilitamiento de los cimientos sociales, en la medida en que promovía un estilo de vida egoísta centrado en la posesión de dinero y bienes materiales (Boero, 1939). En línea con esto, Bettinotti sostenía que la desnatalidad era el resultado de una conjunción de factores propios del contexto que resentían el espíritu de los jóvenes en general y de las mujeres en particular:

¹²⁵ La infancia ocupó un lugar relevante en la política de la Secretaría de Salud Pública entre 1946 y 1949, sobre todo en torno al problema de la mortalidad. A tal fin se crearon numerosos Centros de Protección al Niño y a la Madre (Valobra, 2005) y se procuró sobre todo erradicar los llamados “factores sociales” (ilegitimidad, hacinamiento y alimentación deficiente) que incidían en la mortalidad. De allí la importancia de inculcar conocimientos objetivos para que las madres desterraran las malas prácticas, aun cuando la representación de la figura materna en las campañas sanitarias impulsadas por la Secretaría de Salud Pública no haya sido central (Ramacciotti & Valobra, 2004).

¹²⁶ Sobre el desarrollo del neomalthusianismo en Inglaterra y su relación con la eugenesia, véase Soloway, R. (1990). *Demography and Degeneration: eugenics and the declining birthrate in twentieth-century Britain*. Chapel Hill and London: The University of North Carolina Press (especialmente capítulo 5: “Eugenics and Neo-Malthusianism”).

[La desnatalización se debe a la] Escasa responsabilidad de los jóvenes con poca educación. La frivolidad femenina, fomentadas por una insuficiente educación escolar (...) y por la influencia de revistas innumerables y muy económicas que llegan a todos los hogares. Por fin, el cinematógrafo y la radiotelefonía, donde reina el desorden y la barahúnda (Bettinotti, 1941b, p. 289).

Esta interpretación del problema es representativa de un discurso pronatalista que lo reconducía a cierta crisis del modelo familiar (Reggiani, 2012) y que subrayaba las dificultades que tenían las mujeres para enrolarse en el “servicio militar” que les correspondía: la maternidad (Miranda, 2011). Asimismo, estas reflexiones ponen de manifiesto el modo como la necesidad de poblar el territorio nacional se entramó con valoraciones ligadas a la austeridad y a la idea de una naturaleza humana que se veía corrompida a causa de las transformaciones que acompañaron el proceso de industrialización y “modernización” de las grandes ciudades en las primeras décadas del siglo XX. Así, tanto Bettinotti como otros médicos preocupados por la salud y el bienestar infantil (Alzúa, 1937a, 1937b, 1939; Escardó, 1936; Padilla Roqué, 1941), se mostraban poco amistosos con el estilo de vida “moderno”, que atentaba contra ciertos comportamientos pretendidamente universales e inherentes a la especie humana. De igual modo, el fenómeno del trabajo femenino, con el consecuente alejamiento de la mujer de las tareas domésticas, explicaba para los médicos las nefastas consecuencias de la ruptura de un conjunto de relaciones sociales y, por ello mismo, históricas que eran sin embargo naturalizadas por el discurso experto:

Concebimos siempre al lactante al lado de su madre y ésta ligada a su cónyuge, como sostén principal del hogar. Cuando se resiente esta fórmula tan sencilla y tan probada por el tiempo, aparecen, además de amplios trastornos e inconvenientes que conocen y estudian los sociólogos, otros que oscilan desde la disminución de la natalidad hasta el

aumento de la mortalidad infantil. Se resiente esta fórmula cuando falta trabajo al padre, o cuando el trabajo es mal remunerado. Cuando la madre se ve obligada a trabajar en reemplazo del jefe de familia, y más grave aún, cuando ese trabajo aleja a la madre del hogar (Bettinotti, 1941b, p. 287).

Posturas como la de Bettinotti se reencuentran en la gran mayoría de los natalistas argentinos que veían con buenos ojos la planificación demográfica emprendida por el fascismo italiano y el nacionalsocialismo alemán, uno de cuyos puntos clave era el sentimiento de deber patriótico que habían logrado despertar en la mayoría del pueblo (Reggiani, 2012).

Pero, además de promover los nacimientos, era importante atender al componente cualitativo de la población. Así, se esperaba que cada niño fuese “bien nacido”, es decir, hijo de padres “con aptitudes físicas y morales para procrear” (Bettinotti, 1941b, p. 285). A propósito de los señalamientos de aquellos miembros de las elites intelectuales que se ocuparon de los temas de población, Marisa Miranda (2005) ha mostrado el basamento eugénico-biotipológico de las medidas propuestas para fomentar la natalidad desde una orientación poblacionista y anti-neomalthusiana que pregonaba la división de roles en función del género. Este “poblacionismo selectivo” caracterizó a las políticas pro-natalistas de corte eugénico que se desarrollaron en la Italia fascista, la España franquista y la Argentina entre las décadas de 1930 y 1980. Pero si bien se advierte la presencia de una retórica vinculada con la promoción diferencial de la reproducción, inclinando la balanza hacia los grupos deseables para el fortalecimiento de la raza (Miranda, 2011) y estableciendo medidas concretas como la obligatoriedad del certificado prenupcial (Biernat y Almirón, 2015), nos interesa señalar que los médicos de niños bregaron, ante todo, por la reproducción de la población en las mejores condiciones posibles, sin que sus recomendaciones se

plasmasen en prácticas explícitamente coercitivas. En efecto, autores como Bettinotti sostenían que toda medida de orden eugénico exigía que existiera primero “el material humano en la abundancia que provea el ritmo natural de la vida” (Bettinotti, 1941b, p. 288). Es útil al respecto la noción de “coerción disimulada” propuesta por Vallejo (2009) para referirse a aquellas estrategias que, lejos de ejercer el control a través de la violencia directa sobre los cuerpos, tendieron a instalar el autocontrol de manera más simple que por medio de otras iniciativas como el fichaje o las inspecciones a las viviendas. La gran ventaja que proporcionaba la propaganda radial o los textos de divulgación –estrategias implementadas de manera creciente desde los años treinta– radicaba en la posibilidad de que la ciencia ingresara en los hogares más directamente, sin obligar a las madres a hacer abandono de sus tareas (Bortagaray y Tobías, 1941). Así, sin la necesidad de cruzar la puerta de cada casa, el discurso médico profundizaba el control de los individuos y la sociedad (Vallejo, 2009). En palabras de Bettinotti, el desafío para aumentar la población por crecimiento vegetativo parecía ser el de “crear un clima espiritual por el cual ineludible y naturalmente se llegue al matrimonio de jóvenes, como hecho común y constante, y que el hijo o los hijos no fuesen nunca una carga” (Bettinotti, 1941b, p. 288).

Si bien es cierto que el elemento coercitivo estuvo presente en la eugenesia local, la impronta del neolamarckismo francés la revistió de cierto cariz “positivo” (Stepan, 1991).¹²⁷ De acuerdo con dicha perspectiva, el medio podía moldear a los individuos y a la raza, imprimiéndoles modificaciones que se transmitirían a su vez por herencia. En el caso de la puericultura, la influencia del ambiente era primordial y ponía a esta disciplina en línea con la eugenesia, la higiene y la medicina social, por cuanto promovía un enfoque centrado en la prevención y la promoción de la salud:

¹²⁷ Al respecto, véanse la introducción y el primer capítulo de esta tesis.

el nuevo ser que aflora al mundo es, si se me permite la comparación, como un diamante en bruto, al que sólo la mano experta del artífice sabrá darle el corte ajustado a sus facetas, para obtener de él los más hermosos colores al herirlo la luz, y son también manos expertas quienes deben actuar sobre el niño en esta peligrosa edad de la vida, donde tanto pueden hacer las normas higiénicas dietéticas y en lo psicológico, para hacer del niño de hoy el hombre fuerte de mañana, base necesaria para el engrandecimiento de una nación (Pignone, 1942, p. 673).

En lo que respecta al plano psicológico, hemos visto que en el período estudiado cobraron relevancia el discurso y las prácticas asociadas con el movimiento de la higiene mental. Así como la higiene general estudiaba las condiciones inherentes al medio y al individuo que favorecían el desarrollo normal del hombre, la higiene mental se detenía en los factores que influían sobre la faz psíquica del desarrollo (Reca, 1942). De allí que sus postulados debieran tener amplia aplicación social con el fin de lograr la adaptación del individuo al medio de la forma más completa y perfecta posible. Estos principios permearon los consejos de crianza, que se basaban principalmente en directivas dirigidas a la familia con el fin de operar modificaciones en el ambiente en que vivía el niño y en la manera como era tratado. La educación aparecía así como la vía privilegiada para el desarrollo de los rasgos individuales que convertían al “pequeño salvaje” (Riestra, 1936b) en un individuo social:

La capacidad de acción ponderada, sin desasosiego, arrebatos o desazones prematuras, el dominio de sí mismo, la serenidad, inherentes a un organismo equilibrado (...) no es hallazgo ocasional ni brote esporádico de la conducta de cada hombre. Es, por lo contrario, resultado de una larga labor de educación y encauzamiento del temperamento individual y de adquisición de hábitos de comportamiento (Reca, 1942, p. 668).

Volveremos luego sobre este punto, pero nos interesa subrayar que el problema de mejorar la calidad de la población impulsaba la necesidad de poner los conocimientos adquiridos a través del estudio del niño al servicio de la puericultura para lograr el desarrollo armónico de las aptitudes necesarias para la vida en sociedad (Bettinotti, 1941b). En este marco, los saberes psicológicos jugaron un importante papel en el establecimiento de un discurso médico sobre la normalidad infantil, contribuyendo a delinear los criterios tanto individuales como familiares y sociales que permitían afirmar que un niño era “bien nacido”.

4.2. Puericultura y psicología en la primera mitad del siglo XX: formar hábitos y encauzar instintos

4.2.1. El niño y su ambiente: del “pequeño salvaje” al individuo social

Las pautas de crianza y educación de los niños difundidas por la puericultura, se basaban, como correspondía a cualquier discurso que pretendiera ser científico, en una serie de conocimientos sobre anatomía, fisiología y psicología infantil. En lo que respecta al desarrollo del psiquismo, durante las primeras décadas del período analizado la concepción sostenida por la mayoría de los médicos se inscribía en la tradición de la psicología local de comienzos del siglo XX, de base naturalista y evolucionista (Talak, 2014a). Así, el modo como diversos autores describieron e interpretaron el desarrollo psicológico en las décadas de 1930 y 1940 no se apartó considerablemente del que puede hallarse en textos de Gregorio Aráoz Alfaro (1899) y Fernando Schweizer (1924), dos pediatras locales de gran trayectoria. Ciertas ideas centrales, a saber, que el niño se hallaba más cercano a los animales y a los seres humanos de culturas

“primitivas”, que su psiquismo era moldeable por las influencias exteriores y que, en consecuencia, era preciso disciplinarlo formando hábitos por medio de pautas educativas estrictas, reflejaban los ecos de una tradición psicobiológica de corte evolucionista basada en autores del campo de la psicología evolutiva, tales como William Preyer, Gabriel Compayré y William Stern. De acuerdo con dicho modelo biológico del desarrollo psíquico, cada individuo recapitulaba durante la infancia las fases de la evolución de la especie. Esto justificaba el carácter apasionado y caprichoso del niño, cuyas conductas reeditaban tendencias ancestrales, producto de la herencia filogenética (Ríos & Talak, 1999; Talak, 2014a).

Como vimos anteriormente, la concepción médica sobre el desarrollo psíquico en los primeros tiempos de vida postulaba un paralelismo entre la maduración del sistema nervioso y del psiquismo (Cantlón, 1947; Carreño y Slech, 1941; Krumdieck, 1937). El desarrollo del sistema nervioso mostraba, no obstante, ciertas particularidades que lo diferenciaban del resto de los sistemas. En 1940, en el marco del Primer Congreso Nacional de Puericultura, Pedro Escudero señalaba que el crecimiento de tipo “neural”, que comprendía cerebro, ojos, cuerpo pineal, médula dorsal, duramadre, circunferencia horizontal de la cabeza, región etmoidal y cavidades nasales, mostraba un progreso sumamente rápido hasta los 18 meses, lo cual difería de lo sucedido con otros órganos como el corazón, los pulmones o el hígado, que crecían de manera mucho más lenta. Esto explicaba la facilidad y la desproporción con que el niño podía avanzar en sus conocimientos y en su “situación espiritual” (Escudero, 1941, p. 65). En virtud de este desfase, una de las premisas en torno a la cual los médicos coincidían postulaba la necesidad de suprimir al máximo posible la estimulación durante los primeros meses de vida. La referencia más importante al respecto era *El médico como educador del niño*, obra que compilaba siete conferencias brindadas por el pediatra

alemán Adalbert Czerny (1863-1941), uno de los primeros en reivindicar para el médico de niños la función de educador (de Toni, 1957).¹²⁸ El libro de Czerny había sido publicado por primera vez en 1908 y contó con numerosas reediciones. La séptima de ellas, de 1925, fue traducida ese mismo año al español por dos médicos del Hospital de Niños “Dr. Pedro Visca” de Montevideo. En el campo médico local de las décadas de 1930 y 1940, el texto de Czerny fue una referencia obligada sobre higiene psicológica, ya que no abundaban obras al respecto (Escardó, 1941). Y para algunos pediatras continuó siendo una referencia, incluso a mediados de los años cincuenta (J. P. Garrahan, 1955b).

Una de las tesis centrales del autor era que todas las medidas que buscaran llamar la atención del niño y favorecer el desarrollo de su inteligencia durante el primer año podían dañarlo y dificultar su educación. Czerny (1925) sostenía que los niños en los cuales la inteligencia progresaba rápidamente mostraban un marcado contraste entre el desarrollo de sus funciones psíquicas y la fragilidad de su cuerpo y eran difíciles de educar. Por esa razón los familiares no debían ensayar ninguna tentativa de estimulación en los niños normales y mucho menos aún en los niños “nerviosos”, ya que la tarea más importante era, precisamente, impedir la acción de excitaciones inútiles. Esta premisa de crianza ponía el foco a su vez en el temperamento de los adultos encargados del niño, puesto que, en no pocos casos, la inquietud y el nerviosismo infantil se explicaban por “el carácter agitado de una madre o, más comúnmente, de una tía, que ha tomado a su cargo el cuidado del niño” (Escardó, 1934, p. 212). Además del problema del carácter del adulto, a cuya influencia el pequeño parecía ser particularmente sensible, muchos estados de irritabilidad y excitación infantil eran atribuidos a la ignorancia de los padres

¹²⁸ Czerny fue, junto con Heinrich Finkelstein y Antoine Marfan, uno de los referentes más importantes de la pediatría moderna. Desde principios del siglo XX publicó numerosos trabajos sobre desórdenes y tratamiento de la nutrición infantil y fue el fundador de una escuela que se ocupaba de estudiar los pormenores del metabolismo infantil (Chaminaud, 1951c).

y cuidadores (Escudero, 1941) y a su tendencia a tratar al niño como un juguete o una pequeña mascota (Escardó, 1934).

Las fuentes consultadas sugieren la existencia de tres grandes pilares sobre los cuales, según los médicos, debía asentarse la educación del lactante: el primero de ellos consistía en comenzar a “educar su voluntad” (Czerny, 1925, p. 26) imponiéndole los horarios preestablecidos para la alimentación. Se consideraba que, antes de abandonar la cuna, el niño debía adquirir los primeros hábitos de orden, de regularidad, de sumisión, de calma y de confianza, que constituían las bases fundamentales de la disciplina (Cacace, 1935). Y para ello, la alimentación era la vía privilegiada, dada la importancia de la nutrición para la supervivencia y el crecimiento del niño. En efecto, durante los primeros meses de vida, el lactante solía ser considerado un tubo digestivo en el que poco a poco se desarrollaban las funciones motrices y psíquicas (Taillens, 1938). El segundo de los postulados fundamentales de la educación establecía que debía manejarse con sumo cuidado la extrema sugestibilidad infantil, mayor cuanto más “neuropático” fuese el niño. Por último, era preciso no mimarlo ni brindarle atención exclusiva:

Durante los primeros meses el niño duerme la mayor parte del día: deberá despertársele cuando le corresponda su alimento, y no levantarlo de la cuna innecesariamente. El hábito difundido de sacar a un niño de su cuna con el único fin de prodigarle caricias excesivas crea en él una costumbre perniciosa puesto que cuando se le tiene un rato olvidado las reclama con llanto (Pignone, 1942, p. 677).

En palabras de Czerny (1925), era preciso combatir el “peligro de ser demasiado estimulados y educados” (p. 14), puesto que las exigencias del niño crecían a medida que se le ofrecían estímulos y se iban estableciendo nuevos hábitos. Si se lo sostenía en brazos o se lo mecía en su cuna por diversión, rápidamente aquello se convertía en una

necesidad y el niño no cejaba en sus gritos y llanto para que su deseo se cumpliera. En ese sentido, los médicos insistían en que un niño sano, sin sed, con su hambre satisfecha y limpio, no debía llorar (Mercante, 1945). La forma de evitar estos problemas era simple, si bien Czerny reconocía que era más sencillo decirlo que hacerlo: tales necesidades no debían ser creadas. Eso pondría a salvo a la madre de lidiar con un “pequeño tirano” que reclamara para sí la atención exclusiva de su familia. Estos preceptos en torno a la conveniencia de limitar al mínimo los intercambios afectivos con el niño y la estimulación psíquica son una constante en las fuentes consultadas (Escardó, 1934; Funes, 1936; Mercante, 1945; Prieto Díaz, 1942; Seguí, 1938; Zmud de Schweide, 1938, entre otras) y se remontan a los inicios de la tradición de divulgación sobre crianza en la Argentina (Aráoz Alfaro, 1899).¹²⁹

El problema de la elevada sugestibilidad infantil es recurrente en los consejos de crianza. Se consideraba que la sugestión era uno de los medios por los cuales el niño aprendía, al cual se sumaba su tendencia a imitar las conductas de otros (Cameron, 1953; Riestra, 1936c). Nuevamente aquí, la actitud de los adultos encargados de la crianza parecía determinar casi por completo las reacciones y, a largo plazo, el carácter del niño:

Cuando se le dice a Carlitos: “Entra inmediatamente, tienes que bañarte y *¡es inútil que protestes!*”, este notará cierta tensión en la atmósfera y además, se le sugiere el espíritu de la desobediencia. En cambio: “Carlitos, en cuanto hayas hecho dar una vuelta más al trencito nos lavaremos para estar listos a la hora de comer”, le sugiere algo mucho más agradable, y con seguridad no originará ninguna desobediencia. Los niños suelen seguir estas sugerencias que dichas en forma de orden serían desobedecidas (Padilla Roqué, 1941, p. 136, en cursiva en el original).

¹²⁹ Sobre la postura de Aráoz Alfaro en su obra de 1899 véase Briolotti, A. (2016). Educando a los padres argentinos: un análisis a través de los manuales de puericultura de Aráoz Alfaro y Garrahan. *Avances del Cesor*, V. XIII(15), 39–60.

Según esta perspectiva, la desobediencia, así como los temores y los desagradados del niño (a ciertos alimentos, por ejemplo) eran adoptados como respuesta a la sugerencia por parte de los adultos. Por eso era fundamental no crear alrededor del pequeño una atmósfera de inquietud, tensión y expresa preocupación por sus conductas. Asimismo, debía impedirse en lo posible que los niños escucharan las conversaciones de los adultos acerca de enfermedades o malestares, ya que tenderían a apropiarse de esas debilidades. Idéntico problema presentaba la concurrencia a espectáculos diversos, tales como el cine. La extrema sugestibilidad del niño junto con su pureza e inocencia –rasgos que coexistían en el discurso médico con la imagen del “pequeño salvaje”– lo volvían especialmente receptivo no sólo a los estímulos que podían provocarle terror, insomnio y otros trastornos, sino a las actitudes y comportamientos moralmente reprobables sugeridos por el material filmico (“El cinematógrafo en el alma del niño”, 1934).

Estas pautas educativas devenían fundamentales desde el punto de vista de los expertos, puesto que todo lo que sucediera durante la primera infancia (por obra casi exclusiva del entorno) tenía un peso considerable en la conformación del carácter y la personalidad del futuro ciudadano. Tanto los hábitos de comportamiento tales como asearse y vestirse sin ayuda, como los “hábitos de pensar y sentir” (Padilla Roqué, 1941, p. 35) se adquirirían en los primeros años de vida y determinaban las aptitudes personales de un sujeto (Riestra, 1936a). Siguiendo la dinámica del condicionamiento psicológico, Padilla Roqué sostenía que para inculcar buenos hábitos era necesario que se los asociara con recuerdos agradables. El niño no repetiría espontáneamente una acción que se le hubiera obligado a realizar si no hallaba placer o satisfacción al hacerla por primera vez. Este principio parecía ser asimismo suficiente para combatir el problema de la inapetencia de origen psíquico, tal como veremos en el próximo capítulo. A través

de estos preceptos inspirados en el condicionamiento de la conducta, se proponía recompensar al niño cuando hubiese hecho algo cuya repetición se deseaba y, por el contrario, castigarlo si había cometido una falta o realizado una acción que no se quería que repita. Esto último traía recuerdos y asociaciones desagradables, que serían eficaces para impedir conductas o hábitos indeseables.

En suma, este tipo de consejos de crianza se basaba en una concepción del psiquismo infantil moldeado en gran medida por los estímulos del medio exterior. Este punto de vista tendía a relativizar en mucho el alcance de las hipótesis heredo-degenerativas, de acuerdo con las cuales las manifestaciones neuropáticas se explicaban por una herencia defectuosa. Por el contrario, y aún cuando no se dejara de lado por completo la incidencia de la predisposición, los caprichos, la desobediencia, la inapetencia y demás trastornos de conducta se atribuían en gran medida a las fallas educativas y podían llegar a requerir la separación del niño de la casa paterna y su crianza en otro hogar y, en lo posible, con otros niños de su edad (Czerny, 1925; Escardó, 1940).¹³⁰

Lo desarrollado hasta aquí permite afirmar que en la concepción médica del desarrollo psicológico infantil los estímulos ambientales desempeñaban un papel central, lo cual conducía a afirmar que “las bases sobre las cuales se forma el desarrollo motor y psíquico del niño, son dos: el vasto entrelazamiento de los reflejos condicionados y la imitación” (Cacace, 1935, p. 6).

4.2.2. Desarrollo psicológico, crianza y orden social

La crianza como acto de autoridad: educar para poblar

Las indicaciones analizadas tenían por objetivo fundamental contribuir a la higiene

¹³⁰ Al respecto, véase el quinto capítulo de esta tesis.

mental del niño y facilitar su crianza. Por medio de su puesta en práctica se pretendía evitar la aparición de los tan temidos caprichos y fomentar la docilidad, la disciplina y la obediencia infantil, simplificando el acto de crianza al “quitarle trascendencia” (Bettinotti, 1941a, p. 318). De ese modo se podía contribuir a erradicar tanto la ausencia de hijos en matrimonios consolidados como la “situación del hijo único” en la que cada vez más familias tendían a permanecer:

El [niño] que se habitúa a estar constantemente solicitado, con movimientos, ruidos, juegos de luces, etc., y llora desconsoladamente cuando cesan, fatiga a los que lo rodean y altera la vida normal común. Para mantener esta situación artificial, se exige a los padres o a las personas que comparten el hogar, un esfuerzo constante y agobiador que hace exclamar a muchos padres jóvenes: “¡Si esto es un niño, cómo será cuando sean más!” (Bettinotti, 1941a, p. 319).

Es preciso señalar que este modelo de crianza se basaba en la premisa según la cual la educación del niño era ante todo una obra de autoridad por parte de padres y maestros. Si bien solía condenarse el excesivo rigor (Prieto Díaz, 1942; Seguí, 1939) la clave para que el niño pudiera dominarse a sí mismo consistía básicamente en no permitirle apoderarse de todo aquello que deseara y hacer todo lo que quisiera. “Nunca es demasiado temprano para enseñar esto”, señalaba Czerny (1925), “porque de otro modo ellos creen tener derecho a todo” (p. 28). El resultado eran niños que se habían convertido en “el terror de la casa” y revelaban su disgusto con accesos de rabia que ponían de manifiesto los errores de educación cometidos por los padres.

Esta centralidad atribuida al rol de la autoridad adulta en la conformación del carácter infantil no es un detalle menor si atendemos a ciertos rasgos propios del contexto sociocultural y político, que contribuirían a explicar el énfasis de los puericultores en la necesidad de educar y disciplinar al niño desde los primeros tiempos

de vida. A partir de la década del veinte pero sobre todo en los años treinta, el contexto local se hizo eco de la crisis mundial del legado democrático liberal decimonónico (Cattaruzza, 2012). Los cuestionamientos provenían en su mayoría de fracciones nacionalistas que contaron con el apoyo de la Iglesia Católica y de algunos miembros de las Fuerzas Armadas. En la Argentina, una de las causas del avance de estas tendencias nacionalistas que miraban con buenos ojos a los fascismos europeos, fue la falta de respuesta de los liberales ante la “cuestión social”, conjunto de fenómenos surgido precisamente como consecuencia del éxito del modelo de modernización y progreso liberal (Finchelstein, 2010). En un escenario de inestabilidad económica producto de las repercusiones de la gran crisis de 1929, la conflictividad social constituía una amenaza frente a la cual los discursos de las elites políticas e intelectuales revalorizaron el papel de la familia como espacio de socialización de las nuevas generaciones (Cosse, 2005). Al respecto cabe destacar que el modelo de familia nuclear de clase media fue fruto del proceso de urbanización, de movilidad social, de escolarización y de construcción de la identidad nacional, característicos de las primeras décadas del siglo XX. Se construyó desde ámbitos diversos como el Estado, las iglesias, los partidos políticos disidentes y el discurso científico, y se transformó en el modelo universal de familia, pautando una serie de conductas unificadas para todos los sectores sociales. Asimismo, fue un polo de resistencia frente a cambios de moral y de conducta que amenazaban socavar sus cimientos y los de la sociedad toda (Míguez, 1999). En los años treinta, la revitalización del ámbito familiar como espacio de socialización consolidó al orden familiar como reflejo y origen del orden social (Nari, 2004).

Al ocuparse de la crianza de los niños la mirada de buena parte de los profesionales médicos se orientó hacia la promoción de ese orden familiar, impulsando un tipo de educación basada en el disciplinamiento de los instintos y en la capacidad de

los padres de hacer del niño un sujeto productivo y dócil y de prepararlo para la vida en sociedad. La autodisciplina y el autogobierno se transformaron en rasgos deseables y la puericultura intervino activamente en la producción de una subjetividad “normal”.

Los aportes de Freud y Adler: conocer y dominar el mundo infantil

A mediados de la década de 1930 el campo médico vio emerger ciertas posturas que, sin dejar de lado los preceptos de crianza mencionados, reconocían en la infancia un estatuto diferencial con respecto al mundo adulto y sugerían atender a dicha singularidad (Borinsky, 2005; Rustoyburu, 2016). Esta concepción estaba a tono con los planteos que proponían una aproximación al estudio de la infancia entendida como un período vital complejo y crítico en el cual era preciso reconocer y analizar la personalidad singular del niño abordado como una unidad que reunía su cuerpo, su mente y su alma. Bajo este ideario cristalizado de modo ejemplar en la *White House Conference on Child Health and Protection* realizada en 1930 (Selig, 2006), médicos como Florencio Escardó (Rustoyburu, 2012), Carlos Riestra (1936b) y Carlos Padilla Roqué (1941) sostenían que el niño era un ser curioso, activo y volcado a la necesidad de experimentar en el mundo como fuente de aprendizaje. En conexión con esto comenzaba a destacarse la importancia de una educación que respetara la individualidad infantil. Con respecto al caso de los llamados “niños nerviosos”, y desde una perspectiva ambientalista cimentada en la higiene mental, el médico Leopoldo Wimmer (1937) sostenía que la predisposición hereditaria podía o no prosperar, dependiendo de las características del medio. A su vez, la rigidez educativa parecía cumplir un destacado papel en la génesis del niño nervioso:

¿Dónde radica su enfermedad? ¿En qué consiste? Sencillamente en la pérdida de su caudal de instintos, en la pérdida de la fe en sí mismo. Su instinto de libertad, su personalidad primitiva y su carácter no han sido guiados atendiendo a su manera de ser.

Se ha sujetado su personalidad en dogmas y rígidas normas impersonales y abstractas, razón por la cual constituyen para la criatura ficciones, mentiras y ligaduras dolorosas (Wimmer, 1937, pp. 439; 469).

En los años treinta, la consideración de los conflictos intrapsicológicos como causantes de diversos problemas de la infancia no era sin embargo tan determinante como lo sería años más tarde.¹³¹ La incidencia del ambiente continuaba teniendo mayor peso, lo cual explica la necesidad de dirigir las intervenciones a los padres. En torno a estas ideas se combinaban los postulados de la higiene mental con teorías psicológicas “modernas” (Prieto Díaz, 1942), como el psicoanálisis freudiano y la psicología individual de Adler. Se sumaban a su vez discursos pedagógicos progresistas, como el de la Escuela Nueva, que acompañó el ascenso sociopolítico de los sectores medios y la renovación cultural del período inaugurado en 1916 con la primera presidencia de Hipólito Yrigoyen. Sin embargo, en su análisis del campo pedagógico, Sandra Carli (2012) ha señalado que a partir de la década del treinta el escolanovismo comenzó a debatirse con un nacionalismo conservador que planteó la necesidad de erigir a la escuela como una autoridad fuerte –representación del Estado– a la cual el niño debía respetar y obedecer. Esta interpelación estatal al niño como representante de la Nación adquirió un nuevo impulso durante el primer peronismo, que convirtió a la infancia en destinatario clave de la obra de gobierno (Carli, 2005). En el caso de la medicina infantil, es posible observar que, si bien no son infrecuentes las referencias a ciertas teorías psicológicas y pedagógicas renovadoras, las recomendaciones de crianza y educación no se apartaron en lo esencial de la perspectiva ya analizada. Un ejemplo

¹³¹ Al respecto, véase Borinsky, M. (2009). *Historia de las prácticas terapéuticas con niños. Psicología y cultura (1940-1970)*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

puede hallarse en las aproximaciones de los médicos al psicoanálisis. Al respecto debe señalarse que uno de los rasgos característicos de la teoría freudiana es el de circular tanto en contextos científicos como en ámbitos vinculados con la cultura popular. El caso de la Argentina es paradigmático en este punto, puesto que el psicoanálisis permeó áreas alejadas de su especificidad como método terapéutico, adquiriendo un lugar central en la cultura urbana (Plotkin, 2003). La progresiva penetración de lógicas y metáforas psicoanalíticas en la vida cotidiana tuvo como vehículo esencial la literatura de divulgación, en la cual el psicoanálisis se presentó como un discurso innovador sobre tópicos como la sexualidad y los sueños (Plotkin, 2007; Vezzetti, 1996a, 1999). Ahora bien, la circulación de las ideas de Freud en ciertos ámbitos de la cultura de izquierda de los años de entreguerras estuvo ligada a un ideario progresista que reconocía en ella un vehículo de crítica social (Vezzetti, 1996a). La postura de diversos médicos, por el contrario, estaba más cercana a considerarla una herramienta educativa destinada a mantener el orden social por la vía de la moralización y la elevación espiritual del niño. En una década en la cual la medicina, al igual que otros sectores de la sociedad, se volvía más conservadora (Nari, 2004), estos usos de las ideas freudianas parecían estar a tono con un ideario que encontraba en el saber psicoanalítico una herramienta de control social. Así, en sus artículos en la revista *Hijo mío..!*¹³², Carlos Alberto Seguín (1938a)¹³³ ponía de relevancia la existencia de “bajos instintos” de naturaleza inconsciente, que se heredaban de los antepasados humanos y animales y que, pese a su

¹³² *Hijo mío..!* salió a la venta en abril de 1936 y se publicó, con una frecuencia mensual, hasta septiembre de 1939. Fundada y dirigida por los médicos Arturo León López, Mariano Barilari y Gofredo y Leonardo Grasso, es una clara muestra de ciertos emprendimientos que tuvieron como meta la educación sanitaria de la población desde un enfoque higiénico y eugenésico. La revista formaba parte de un proyecto editorial más amplio, que incluía libros y revistas de educación para la salud. Dicho emprendimiento había comenzado en 1934 con la creación de *VIVA CIEN AÑOS*, una revista dedicada a la divulgación de temas médicos desde una perspectiva en la que se conjugaban la salud física, la perfección moral y la armonía social (Vezzetti, 1986).

¹³³ Carlos Alberto Seguín (1907-1995), autor de origen peruano, se formó como médico en la Universidad de Buenos Aires. Su interés por las ideas de Freud se plasmó en un libro publicado en 1940, antes de su retorno definitivo al Perú, con el título *Freud, un gran explorador del alma* (“Carlos Alberto Seguín”, 1958; Quiñónez, 2007; Romero Croce, 2007).

poderosa fuerza, debían ser dominados. A tal fin, el autor proponía a los padres educar el inconsciente del niño, equilibrando el instinto de placer con el de realidad (Seguín, 1938b). Seguín trataba explícitamente el tema de la sexualidad infantil siguiendo de cerca lo desarrollado por Freud en el segundo de sus *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Según el autor, desde su nacimiento el niño era comandado por el principio de placer, que orientaba su conducta hacia la búsqueda de satisfacción en todo momento. A esto se oponía el instinto de realidad, obra de la educación, que se encargaba de moderar esta perpetua búsqueda de satisfacción. Así, el niño aparecía como un ser que no solamente sentía placer al alimentarse, sino también al succionar otros objetos, lo cual constituía “(...) la primera manifestación de una fuerza que la escuela psicoanalítica ha llamado *libido*” (Seguín, 1938b, p. 222, en cursiva en el original). El placer se extendía asimismo a las caricias y mimos que el niño procuraba obtener, recurriendo al llanto si era necesario. Por esa razón la madre debía mantener una actitud firme, evitando mecerlo, acariciarlo o darle de mamar en cualquier momento. Incurrir en tales hábitos no sólo la transformaba en esclava de los caprichos de su hijo, sino que además entrañaba un grave riesgo para el futuro del niño por la posibilidad de hacer de él un ser egoísta. En este punto interesa destacar que, si bien se apoyaban en un vocabulario novedoso para explicar ciertos comportamientos del niño, las directivas aconsejadas para la crianza infantil no se distanciaban de las prescripciones de otros médicos no inspirados en los postulados freudianos: era preciso no mimar al niño y reglamentar sus actos fisiológicos, para evitar que las tendencias instintivas cristalizaran en deficiencias de carácter perdurables en la adultez. Podría afirmarse entonces que la apropiación del psicoanálisis al comienzo del período indagado en esta tesis se hizo sobre la base de una concepción que retomaba la ley bioenergética fundamental de Haeckel que permitía justificar la naturaleza apasionada y caprichosa del niño, capaz de convertirse en un

“pequeño tirano” si se lo consentía (Ríos & Talak, 1999).

Lejos de situarse en línea con aquellas obras que valoraban en las ideas de Freud su potencialidad cuestionadora de los problemas de la cultura contemporánea, autores como Seguí recuperaban las ideas freudianas desde una perspectiva más bien conservadora, ligada a la educación de las emociones, que hacía énfasis en la finalidad adaptativa que entrañaba la dominación de los impulsos infantiles. Si se considera que en la Argentina de finales de la década de 1930 el psicoanálisis fue un discurso en torno al cual se alinearon grupos de intelectuales, artistas y científicos anti-fascistas (Taiana, 2006), lo señalado aquí pone de manifiesto aquella particularidad de la teoría freudiana de ser un cuerpo de conocimientos que puede apropiarse para fines diversos y hasta contradictorios (Damousi & Plotkin, 2009).

En cuanto a la psicología individual, y en contraposición al caso del psicoanálisis, son escasos los estudios que iluminan algunos aspectos de su circulación local (García, 2014; Hopfengärtner, 2012; León, 2000; Rustoyburu, 2012). Si se la compara con la teoría freudiana, es posible que este vacío se deba tanto a su escasa repercusión en Latinoamérica como a la organización laxa del movimiento adleriano, a su institucionalización menos acelerada y a la poca amplitud de contactos internacionales establecidos (León, 2000). Así, podría afirmarse que la psicología individual no llegó a tener el nivel de circulación transnacional que tuvo el psicoanálisis, que cambió a lo largo del tiempo su centro de producción y la lengua en la cual fue difundido (Damousi & Plotkin, 2009).

En el terreno de los consejos de crianza, la revista *Hijo mío..!* se destacó por difundir las ideas de Alfred Adler¹³⁴ con el fin de educar a los padres a través de textos

¹³⁴ Alfred Adler (1870-1937) se doctoró en medicina en 1895 y se interesó por la medicina social. En su época de estudiante mostró además gran interés por el socialismo. En 1898 publicó un breve folleto titulado *Libro de la salud del oficio de sastre*, en el que pretendía mostrar la relación entre la situación económica, laboral y vital de los sastres y la enfermedad. Con el tiempo fue dando más importancia a los

que fueran un “verdadero catecismo” para uso de todos los que tenían a su cargo la formación del carácter de las criaturas (Ramallón, 1938b).¹³⁵ El propio Adler había afirmado que el desafío de la medicina no era curar niños enfermos sino proteger a los niños sanos de la enfermedad. Desarrolló así un modelo humanístico-educacional, con fuerte acento en la prevención, cuyo principal objetivo era educar a los padres para criar niños mentalmente sanos, que se convirtieran en adultos mentalmente sanos (Ansbacher, 1990). Este trabajo centrado en la prevención se llevó a cabo fundamentalmente en las casi treinta Clínicas de Orientación Infantil que se establecieron en Viena en la década de 1920, como parte de las políticas de bienestar

problemas de la educación, aunque nunca se desentendió por completo de la política y mantuvo el interés por los problemas sociales, llegando a afirmar que el sentimiento de envidia era consecuencia natural de la desigualdad social. Adler analizó asimismo la discrepancia de los roles sociales y psicológicos del hombre y la mujer como fenómenos irreductibles a diferencias fisiológicas. En 1902 se unió al círculo psicoanalítico, formando parte de sus cuatro primeros miembros. En este momento ya tenía ideas formadas sobre medicina social y sobre el papel de las inferioridades orgánicas y los errores educativos en la génesis de alteraciones emocionales. En 1907 publica su obra *Estudios sobre la inferioridad de los órganos*, que fue muy bien conceptuada por Freud y valorada como complemento fisiológico de la teoría psicoanalítica. Sin embargo, poco a poco sus desarrollos se distanciaron cada vez más del psicoanálisis, contradiciendo incluso las hipótesis de Freud. En 1911 se apartó definitivamente del movimiento psicoanalítico y reformuló su teoría de la neurosis, retornando a sus ideas previas acerca de la patogénesis social y el papel de la inferioridad orgánica. En 1927 expuso su sistema psicológico, la llamada “psicología individual”, en su libro *Conocimiento de la naturaleza humana*. Por esos años visitó por primera vez los Estados Unidos y comenzó a dar clases en el *Long Island College of Medicine*. En 1935 fijó residencia en aquel país, aunque hasta su muerte repentina en 1937 continuó viajando a Europa para impartir conferencias (Ellenberger, 1976).

¹³⁵ Las representaciones de los médicos en torno a la figura de Adler pueden apreciarse en una breve biografía que acompañó el primero de los artículos en *Hijo mío..!* (“Un gran benefactor infantil”, 1937). Allí se daba cuenta de su temprana incursión en el grupo de discípulos de Freud, para luego situar las diferencias que precipitaron la ruptura con el movimiento psicoanalítico: Freud había otorgado una excesiva importancia al factor sexual, mientras que Adler, en desacuerdo, fundó su propia escuela en base a la doctrina del yo. A propósito de esto, Carlos Seguí (1940) afirmaba que al psicoanálisis se le debían, además de sus aportes, dos fenómenos: el creciente interés por los problemas sexuales y el nacimiento de varias corrientes psicológicas que trabajaban activamente para el progreso de la ciencia y de la humanidad. El autor concluía que este hecho probaba que “(...) una idea genial no sólo vale por lo que dan sus partidarios, sino –y quizás más– por lo que están obligados a dar sus enemigos” (p. 763). Lecturas como la de Seguí se acercan a la perspectiva de otros autores que concebían a la psicología individual como una teoría productiva para desarrollar problemas que el psicoanálisis había sacado a la luz. Tal es el caso de Arturo Rossi, médico y director de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, quien trazaba una historia del psicoanálisis que veía en Adler al primogénito de la escuela freudiana que había logrado superar el objetable pansexualismo de su maestro (A. Rossi, 1937). Más allá de la evidente discrepancia de ambas lecturas en cuanto al papel atribuido a la sexualidad, estos ejemplos permiten suponer que en el campo médico de la época la psicología individual de Adler circulaba, por así decirlo, a la sombra de Freud, enlazada al tipo de problemas que el psicoanálisis buscaba responder y definida por la diferencia en cuanto al rol atribuido a la sexualidad en el estudio de la psicología humana.

impulsadas por el partido Socialdemócrata.

Estos hechos contribuyen a comprender la circulación de las ideas de Adler en el campo médico local de los años treinta, que, como vimos, dialogaba con los postulados y prácticas de la higiene mental. Pero si bien la lectura de la obra del psicólogo vienés se alineó a los discursos que pretendían visibilizar la especificidad y singularidad infantil, descentró en cierto modo el foco de atención de las posibilidades de autoorganización del niño, en consonancia con el énfasis de la higiene mental en las intervenciones destinadas a reordenar las variables ambientales. En este punto debe señalarse que Adler fundó la psicología individual en base a la creencia de que los fenómenos psicológicos se originaban en la singular fuerza creativa del individuo y eran la expresión de su personalidad (Adler, 1930). En sus últimos escritos, el autor otorgó una mayor importancia al rol del individuo en la creación de su plan de vida, que ya no sería entonces el mero resultado de las experiencias infantiles (Ellenberger, 1976). No son sin embargo estos últimos recorridos los que encontramos reflejados en las páginas de *Hijo mío...!*, sino aquellos más apegados al esquema adleriano clásico que atendía a la singularidad del niño pero otorgaba gran importancia a la influencia de las condiciones de vida, del medio ambiente y, en especial, de los padres en su devenir psicológico. En sus artículos, Ana Zmud de Schweide, una médica rusa discípula de Adler que emigró a la Argentina en 1924, no dejaba de remarcar la importancia de la figura materna en la conformación del carácter, hecho que volvía sobre aquella imagen del psiquismo infantil como arcilla moldeable:

El gran maestro Dr. Alfred Adler dice que hay que formar el carácter desde la más tierna edad y que esta importante misión recae casi exclusivamente sobre la madre, quien es el lazo o puente de unión entre el niño y el ambiente, y, si este puente está bien cimentado, el niño lo atravesará con pie firme y la frente alta sin temor a los mil obstáculos que se le presentarán, vencidos resueltamente sin padecer del complejo

de inferioridad (Zmud de Schweide, 1938, p. 570).

La cita presenta una de las nociones sobre las cuales los colaboradores de la revista se apoyaban para desarrollar sus argumentos: el sentimiento de inferioridad, que tuvo en la psicología adleriana el rol de centro motivacional de las conductas, de manera equivalente al concepto de libido en los desarrollos de Freud. Dicho sentimiento podía desarrollarse a edad muy temprana, ya sea por inferioridad orgánica (dada por el tamaño del niño con respecto a los adultos o bien por alguna patología) o por errores educativos: exigir demasiado del niño, destacar su debilidad, ridiculizarlo, mentirle, etc. De aquí se derivaba uno de los principios pedagógicos centrales, de acuerdo con el cual era preciso tomar en serio al niño y considerarlo como a un igual, sin burlarse ni rebajarlo, ya que por su inferioridad corporal y psíquica podría resultar dañado, enemistarse con sus padres y desarrollar una conducta contraria a los deberes de la vida social (Zmud de Schweide, 1939). En todos los casos en los que ese precepto educativo no se cumplía, el pequeño se volvía extremadamente susceptible a las humillaciones de cualquier tipo, tendía a huir de las exigencias vitales y desarrollaba un excesivo amor propio que le impedía cumplir con sus deberes por temor al fracaso. Estas conductas se vinculaban con el denominado afán de superioridad, que surgía como contrapartida del sentimiento de inferioridad. Autores como Rafael Ramallón (1937) lo caracterizaban como un verdadero “delirio de grandezas” que buscaba la superioridad sobre los demás por vía directa, a través de conductas motivadas por la ambición, la arrogancia, el odio o la envidia, o bien intentaba alcanzarla de manera indirecta, refugiándose en la timidez, la debilidad, la ansiedad, y demás rasgos neuróticos. A diferencia de la neurosis freudiana, efecto inevitable de la civilización e inherente a la condición humana, la neurosis adleriana era un artificio del individuo para escapar al cumplimiento de sus

deberes con la comunidad. En este marco, el complejo de Edipo tampoco era concebido como una suerte de estadio normal del desarrollo, sino como la consecuencia de una educación defectuosa. Esto hacía imprescindible la guía de los adultos para corregir deformidades que, de lo contrario, se repetirían luego como particularidades indelebles del carácter.

En los diferentes artículos, tanto el sentimiento de inferioridad como su contrapartida, el afán de superioridad, eran considerados en cierto punto útiles, en la medida en que impulsaban el progreso personal. Los problemas surgían cuando alguno de ellos era desmedido e interponía un abismo entre los ideales y la realidad. Era preciso entonces luchar contra esa insatisfacción perpetua, que no conducía a ninguna actividad provechosa, estimulando a los niños a cumplir tareas realizables y acordes a sus intereses. Para ello era imprescindible que los padres conocieran la “unidad de la personalidad” de su hijo, aquella que se advertía en cada acto, gesto, acción y respuesta del niño. Esto permitía formarse una conciencia de su verdadera manera de ser, de su modo de reaccionar ante un determinado estímulo y de la forma de educarlo y encauzar su vida (Ramallón, 1938a).

El precepto de educar al niño y conducir su desarrollo por los carriles “normales” se orientaba en base al criterio adleriano que equiparaba la salud mental al equilibrio óptimo entre las exigencias de la comunidad y las del individuo o, dicho de otra manera, entre el sentimiento de comunidad y la autoafirmación. Si el individuo lograba este equilibrio se ajustaba a la lógica de la vida en sociedad, a sus reglas de juego. El sentido de la sociabilidad, basado en la identificación con otros, era sumamente importante puesto que dotaba al niño de virtudes tales como la capacidad de hacer amigos, la fidelidad, la ayuda, el sacrificio y la consideración de las necesidades del otro (Adler, 1930), al tiempo que contrapesaba la voluntad de poder de acuerdo con

la cual el niño guiaba sus acciones de modo egoísta y a través de la imposición arbitraria. El sentimiento de comunidad se transformaba así en un punto de llegada de la educación, que nucleaba una serie de valores en torno a la imagen del individuo productivo, responsable, solidario y capaz de convivir con otros de manera armónica. Si se considera el contexto antes mencionado, en el que dominaba un clima de preocupación en torno al problema de la conflictividad social, no era casual que los distintos artículos de divulgación de la obra de Adler hicieran hincapié en la necesidad de encauzar el desarrollo infantil hacia el despliegue del sentimiento de comunidad, entendido como un rasgo psicológico básico que debía desarrollarse guiado por la educación. Para Seguí (1939) el sentimiento de comunidad era la base de la armonía social, en la medida en que lo conceptualizaba como “la renuncia a los propios placeres egoístas en pro de la felicidad común, el enrolamiento en la sociedad como un miembro más de ella, dispuesto a sacrificarse por los ideales de progreso y de bienestar universal” (p. 58). Allí radicaba, según el autor, “el secreto de la felicidad” puesto que sólo sería dichoso aquel que pudiera organizar su vida en conformidad con sus semejantes y en el marco de las reglas y leyes de su sociedad. Por el contrario, quien viviese sólo preocupado por sus necesidades y placeres no encontraría la felicidad, puesto que chocaría con los demás y con las leyes.

La particular recepción de las teorías de Freud y Adler en la revista *Hijo mío..!* pone de manifiesto una lectura que, en el marco del ascenso de las ideas nacionalistas con su retórica del deber patriótico, hacía foco en la importancia de la adaptación social y en la necesidad de relegar la satisfacción individual en pos del bien colectivo. Pero más allá de estas resonancias, las apropiaciones médicas del psicoanálisis y la psicología individual en la década de 1930 complejizaban la perspectiva sobre el niño al añadir una trama de conflictos internos que debía ser tenida en cuenta por parte de

aquellas personas encargadas de su crianza. Y, en ese sentido, puede afirmarse que dichas posturas –que hacían hincapié en la singularidad infantil y en la necesidad de organizar y canalizar los impulsos del niño– esbozaban las transformaciones que tendrían lugar en los años siguientes.

4.3. La crítica a la puericultura clásica y el surgimiento de un enfoque renovador

Tengo veinte años, estoy casada hace tres con un joven dos años mayor que yo. Somos muy felices y sabemos llevar adelante nuestro hogar. Tenemos dos hijos, el mayor de dos años y medio y el menor de dieciséis meses. Es justamente el pequeño quien nos tiene muy preocupados. Porque es nervioso, muy inquieto, siempre está buscando el peligro, y es demasiado caprichoso; todo lo contrario al mayor. Algunas personas me dicen que no lo reprenda, que él solito se va a corregir a medida que transcurra el tiempo. Yo estoy desesperada porque no sé qué camino tomar. Y tengo miedo de retarlo continuamente. Por eso les consulto a ustedes, ya que no desearía cometer ningún error en la crianza de mis hijos (“Los padres exponen sus problemas. Una carta de la mamá de Horacio y Fernando”, 1958, p. 61).

Con estas palabras se dirigía a los expertos de la revista *Nuestros hijos. Su educación moral y física* “la mamá de Horacio y Fernando”. Transcurría la década de 1950 y en la sección “Los padres exponen sus problemas” se reiteraban los pedidos de este estilo. Al igual que en los Estados Unidos a partir de la década de 1940 (Hulbert, 2004; Smuts, 2006), en el Río de la Plata los años cincuenta fueron testigos de una renovación de la puericultura y las concepciones de crianza que se desplegaría de modo franco en la década de 1960, en conjunción con las transformaciones socioculturales de esos años. Un rasgo saliente de esta nueva perspectiva era, precisamente, la mayor

atención que las madres comenzaron a depositar en la crianza. Esta preocupación por no cometer errores fue producida y canalizada a la vez por los discursos expertos sobre crianza. En este apartado nos centraremos en el último tramo de la obra de Juan P. Garrahan en torno a la puericultura, puesto que condensa de modo claro ciertas transformaciones ocurridas en el escenario del posperonismo: en esos años, el progresivo descenso en los índices de mortalidad infantil se conjugó con un énfasis cada vez mayor del discurso experto en la necesidad de fomentar una crianza orientada al desenvolvimiento pleno de la personalidad infantil en un clima de libertad. Los desarrollos de la corriente psicosomática (analizados en el primer capítulo) contribuyeron delinear la concepción del niño como un *individuo*, en el sentido de una unidad indivisible en la cual el soma no podía separarse de la psiquis (de Toni, 1957).

Esta reorientación de la puericultura provenía de un conjunto de ideas desarrollado fundamentalmente en Inglaterra y en los Estados Unidos durante y después de la Segunda Guerra Mundial, en medio de un profundo cuestionamiento a los autoritarismos (Hulbert, 2004). Los problemas emocionales que acarrearaban los niños separados de su familia durante el conflicto bélico dieron lugar a reflexiones y teorizaciones diversas, que confluyeron en torno a la idea de que la madre desempeñaba el rol de organizador psíquico del niño y que la crianza en el seno de la familia nuclear era garantía de salud mental (Rose, 1990; Vicedo, 2011). En este marco, una mixtura de referencias provenientes de la pediatría, la psicología y la psiquiatría infantil –a través de autores como Arnold Gesell, Benjamin Spock y Margaret Ribble–, nutrió los consejos de pediatras y puericultores rioplatenses, que dirigieron su mirada a la personalidad del niño y a su capacidad de entablar vínculos afectivos estables y positivos con el entorno como criterio de salud y normalidad.

4.3.1. La revista *Nuestros hijos*: la crianza “moderna” llega a Buenos Aires

“Psicología, psicoterapia, psicodiagnóstico, tests, neurosis, conducta, personalidad... palabras nuevas y misteriosas que están en labios de algunos doctos, dan prestancia a muchos “dilettanti” y seducen a todos los ansiosos”
(Cortada, 1955, p. 77)

En diciembre de 1954 y con frecuencia mensual comenzó a publicarse *Nuestros hijos*. *Su educación moral y física*. Dirigida a padres, maestros y médicos, la publicación se proponía aunar ciencia y ternura para brindar a los niños una salud firme, una felicidad plena y una amplia capacitación de vida (“Nuestros hijos”, 1954, p. 1). Contaba con la supervisión científica de los doctores Raúl López Biel y Roberto Inza y recibió el aporte de pediatras, psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, entre otros profesionales.¹³⁶ Inspirada en valores liberales y católicos,¹³⁷ ha sido caracterizada como una publicación pionera en la formulación de un nuevo paradigma de paternidad y crianza en la Argentina (Cosse, 2009). En efecto, *Nuestros hijos* se encargó de divulgar una serie de conceptos clave en torno al niño y su crianza, que constituirían el eje de la nueva perspectiva de la puericultura. Es preciso señalar no obstante que en muchas ocasiones los consejos vertidos en la revista se alineaban al enfoque higiénico tan característico de la puericultura de comienzos de siglo. Así, la columna “Quejas de un lactante”, transmitía los clásicos consejos sobre la inconveniencia del colecho por riesgo de asfixia (“Quejas de un lactante. ¡Debo dormir solo!”, 1954), de la sobreexcitación producto de la vida social (“Quejas de un lactante. El lunes”, 1955), y de los hábitos “antihigiénicos” de los adultos en su trato con el niño (“Quejas de un lactante. Me gusta el chupete

¹³⁶ Entre los columnistas que participaron en la revista durante los primeros años, puede mencionarse, entre otros, a Telma Reca, Ovidio Senet, Lea Rivelis, Nuria Cortada, Alberto L. Merani y Eva Giberti.

¹³⁷ En su primer número, la revista encomendaba a Dios la guía de su empresa cimentada ante todo en la ciencia y no faltaron en sus páginas artículos de tinte moralizante sobre la soltería, el matrimonio, la rebeldía juvenil y la independencia femenina. En cuanto a su perfil ideológico, es ilustrativo el editorial del número posterior al Golpe de Estado de septiembre de 1955, que hacía suya la proclama “ni vencedores ni vencidos” propugnada por el Gral. Lonardi, y llamaba a olvidar rencores por la patria, que “Ya ha gritado: ‘Libertad’. Por los años de los años seguirá diciendo, infatigablemente: amor entre hermanos libres y unidos” (“Es hermoso decir hermano...”, 1955, p. 5).

limpio”, 1955, “Quejas de un lactante. Pocos besos y nunca en la boca”, 1955). A través de este novedoso estilo de enunciación, los consejos pretendían incorporar la voz del niño, posiblemente en un intento de *aggionarse* al nuevo perfil de la puericultura que centraba su mirada en las necesidades del pequeño. Sin embargo, esta retórica no era más que un recurso estilístico que reproducía las clásicas intervenciones cimentadas en el perfil higienista de las primeras décadas del siglo XX.

A fines de 1955 la revista comenzó a publicar un Curso de Puericultura a cargo de la doctora Lea Rivelis, pediatra y docente en la Cátedra de Garrahan que luego se formaría como psicoanalista de niños en la APA. A lo largo de los casi tres años en que fue editada, la columna se encargó de transmitir los aspectos nodales de la nueva orientación de la disciplina. Además de las clásicas notas sobre los progresos del desarrollo individual en distintos momentos clave de la primera infancia (Rivelis, 1955a, 1958a, 1958b, 1958c, 1958d, 1958f),¹³⁸ la autora se detuvo particularmente en “las primeras emociones de la madre” y sus repercusiones en el desarrollo infantil y en las relaciones con su entorno. Partiendo de asumir que la llegada del primer hijo generaba sentimientos encontrados y estados de ánimo variables, Rivelis afirmaba que era esperable que irrumpieran la melancolía y el miedo a fracasar en la enorme tarea de criar al hijo, atender al esposo y ocuparse de las tareas de la casa (Rivelis, 1958e). El resorte que permitía a la madre salir de ese trance era en gran medida la confianza en ella misma y en los consejos del médico. Esta postura, alejada de aquellas que descalificaban por completo el saber materno, fue uno de los ejes que vertebró las orientaciones “modernas” de la puericultura. Como veremos en el próximo apartado, la renovación de esta disciplina implicó entre otras cosas la negación del antagonismo

¹³⁸ En algunos casos, estas notas estaban ilustradas con copias de los dibujos que Arnold Gesell incluyó en su obra *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*, y que eran el resultado de un trabajo de esquematización realizado a partir del análisis minucioso de los fotogramas de sus filmaciones. Al respecto, véase el tercer capítulo de esta tesis.

entre ciencia e instinto.

Otro de los ejes que vertebró la línea editorial de la revista en materia de crianza fue el tema del cariño entre padres e hijos, que hasta el momento había sido abordado desde una perspectiva que mantenía cautela frente a las demostraciones de afecto por parte de los padres y condenaba abiertamente los excesos. En los años cincuenta, una postura diferente comenzaba a delinearse, y *Nuestros hijos* se encargó de difundirla. En febrero de 1955 la pluma de un autor anónimo sostenía que “la vitamina psíquica del niño” no era otra cosa que el afecto que los padres podían brindarle. En contraposición con el llamado a la austeridad afectiva que caracterizó las décadas previas, el “sentimiento innato” de amor volcado hacia el hijo debía ser ahora el motor de la crianza. Este precepto partía de una afirmación que no era nueva: el niño llegaba al mundo con un alma demandante de atención y afecto. Pero, en lugar de exhortar a los padres a poner límites al “pequeño tirano”, ahora se condenaba la indiferencia paterna y se llamaba a compartir con el niño su mundo infantil, jugar y demostrarle afecto, sin que ello implicara una pérdida de la autoridad frente a él (“La vitamina psíquica del niño”, 1955). En conexión con esto, la revista hacía suya y profundizaba aquella idea esbozada anteriormente, según la cual cada niño tenía una personalidad propia y sus necesidades debían ser satisfechas contemplando esos matices e intensidades particulares.

La centralidad otorgada a los afectos en la crianza se mantuvo constante en diversos artículos de la revista que buscaban destacar la importancia de garantizar al pequeño una seguridad afectiva y material y un reconocimiento implícito de sus derechos, elementos que solo podría brindar “un hogar por entero normal” (Reca, 1956, p. 74). Las consideraciones en torno a la vida doméstica se vinculan con el tópico de la división de roles en función del género, que la revista proponía flexibilizar aunque sin

alterar su esencia.¹³⁹ Al respecto, Rivelis (1955b, 1958e) sostenía que el padre debía intervenir en las tareas cotidianas de alimentar, bañar y cambiar al niño, aunque dejaba en claro que su participación era ocasional, de carácter cooperativo y sujeta a la disponibilidad de tiempo libre, ya que un hogar “moderno” en modo alguno suponía que los papeles se invirtieran. Este énfasis en la necesidad de mantener la diferenciación de roles entre ambos progenitores ha sido atribuido al hecho de que los nuevos significados en torno al rol del padre que la revista pretendía instalar tendían a generar resistencias entre los varones frente a un posible menoscabo de su masculinidad (Cosse, 2010b). A esta hipótesis podríamos sumar la influencia de las ideas del pediatra estadounidense Benjamin Spock, difundidas por Garrahan –con quien Rivelis trabajaba– en su manual de puericultura publicado en 1955 y por Escardó en su obra *Anatomía de la familia*. En un mundo caótico, víctima de dos guerras y una gran crisis económica, Spock sostenía que la estabilidad cultural necesaria para combatir la pérdida de identidad radicaba en la existencia de roles paternos claramente definidos (Graebner, 1980). En este marco, asignaba a la madre un papel fundamental en la crianza, sobre todo durante el primer año, puesto que era ella la encargada de brindar al niño el sentimiento de pertenencia y seguridad.

En suma, *Nuestros hijos* se dirigía a sectores de clase media-alta con un discurso que introducía algunas perspectivas renovadoras sobre la crianza, aunque sin cuestionar lo esencial de la división de roles al interior del modelo familiar tradicional. Los lineamientos generales de la revista se reencuentran en el trabajo de otros pediatras de renombre, tales como Garrahan, de quien nos ocuparemos a continuación.

¹³⁹ Al respecto, véanse, entre otros, Yo soy muy varón: no ayudo en los quehaceres domésticos. “La ciencia dice no”. (1954, diciembre). *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 6–9; Merani, A. (1955, octubre). El padre como amigo de sus hijos. 3ra nota. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 14–18; Rivelis, L. (1955, noviembre). Las primeras emociones de la madre. El padre no debe ser “el hombre olvidado”. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 24–26; Merani, A. (1958, enero). El padre en la familia moderna. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 4–7; Rivelis, L. (1958, octubre). Las primeras emociones de la madre. Algo sobre el padre. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 35–37.

4.3.2. Juan P. Garrahan y la “nueva puericultura”

Las reflexiones que revisamos en el primer capítulo sobre la manera en que debía ejercerse la medicina reaparecen en los desarrollos de Garrahan en torno a lo que denominó la “nueva puericultura”. Una primera mención a la misma puede hallarse en un artículo de 1951 sobre conceptos y actitud clínica en pediatría y puericultura. Allí, el autor hacía referencia a un “nuevo cariz” de la puericultura, que manejaba un concepto más amplio de la individualidad infantil, abarcando de manera equilibrada los aspectos somático y psíquico (J. P. Garrahan, 1951). En enero de 1955, casi en simultáneo con la publicación del libro que analizaremos a continuación, Garrahan escribió un artículo titulado precisamente “La nueva puericultura”, que fue publicado en *Archivos de Pediatría del Uruguay* y en el diario *La Nación* de Buenos Aires. El autor puntualizaba allí los rasgos distintivos de esta renovación de la disciplina y no dejaba de subrayar que ningún puericultor actuaría acertadamente “(...) si no adapta sus consejos a las modalidades del desarrollo fisiológico o patológico de cada niño” (J. P. Garrahan, 1955a, p. 130).

La Salud del Hijo –publicado ese mismo año– continuaba una tradición de manuales de puericultura y crianza destinados a un público amplio, cuyo comienzo en la Argentina podría situarse en 1899 con la publicación de *El libro de las madres*, del pediatra e higienista Gregorio Aráoz Alfaro.¹⁴⁰ El texto de Garrahan era presentado como una obra escrita con la intención primordial de ayudar a los padres en la crianza y educación de sus hijos.¹⁴¹ Esta difícil tarea suscitaba la llamada “ansiedad por el hijo”,

¹⁴⁰ Un primer antecedente en materia de consejos de cuidado y crianza se halla en el *Semanario de Agricultura, Industria y Comercio de Buenos Aires*, que se editó entre 1802 y 1807. En sus cinco tomos aparecieron varios artículos sobre cuidados del lactante, enfermedades de los primeros meses, educación física, alimentación a pecho, juegos y juguetes (Alonso, 1940).

¹⁴¹ Garrahan (1955b) definía a la educación como el acto de “cuidar y tratar a cada niño desde el nacimiento con la intención de lograr que llegue a actuar él con ‘conducta’ óptima equilibrando en el desarrollo de su vida, el beneficio propio con el del medio que lo rodea” (p. 240). El objetivo último de la

que el libro se proponía asimismo calmar a través de aclaraciones reconfortantes y directivas sencillas. Pero, además, el texto era un manual de puericultura, y en tal sentido se dirigía a pediatras noveles, visitadoras de higiene, enfermeras y cuidadoras de niños. Se completaba así una tarea de docencia que Garrahan había iniciado en 1922 con la publicación de *Medicina Infantil*. Es claro que, para el autor, el libro no pretendía suplantar al profesional; por el contrario, esperaba que fuese útil “(...) para decidirse a consultar al médico oportuna y justificadamente y para interpretar mejor su modo de actuar y sus prescripciones” (J. P. Garrahan, 1955b, p. 330). Es decir que, lejos de la vieja tradición de los manuales de medicina casera, la empresa de Garrahan se proponía ante todo legitimar el accionar médico y reafirmar –cuando no crear– el consenso en torno a la necesidad de intervención experta en el cuidado y la crianza de los niños.

Garrahan se identificaba con las nuevas corrientes de la puericultura, disciplina que hasta el momento había centrado su interés en el estudio de las diferenciaciones anatómicas y funcionales del niño y sus exigencias de alimentación y cuidado, impartiendo una serie de prescripciones rígidas, fundadas en mediciones y cronologías del desarrollo. A juicio del autor, se trataba de un esquema demasiado simple que se ocupaba del niño en un sentido abstracto, dejando de lado la comprensión de su individualidad familiar y racial y de su maduración psíquica:

hasta hace poco, el “pobre niño”, y sobre todo el “pobre lactante”, era tratado y considerado como si estuviera “desprovisto de alma”...Por fortuna, en los años últimos se ha operado una reacción muy beneficiosa en materia de crianza y educación del niño: se valora más actualmente el significado del afecto, contemplándose también el “alma del niño”, y preconizándose en consecuencia, la necesidad de orientar y

educación era que el niño llegue a grande con una “armoniosa personalidad psicosomática” (p. 241), lo cual implicaba salud, felicidad y espíritu de cooperación social. En cuanto al concepto de crianza, este quedaba mayormente asociado a la alimentación del lactante. Sin embargo, el autor ampliaba el concepto para incluir a los cuidados necesarios para lograr el normal crecimiento y desarrollo en la primera infancia.

moldear armónicamente desde los primeros meses de vida el desarrollo físico, emotivo e intelectual (J. P. Garrahan, 1955b, p. 557).

El texto de Garrahan se orientaba en dirección a facilitar el manejo diario de los pequeños. Antes que de la noción generalizada y en cierto modo abstracta de “niño”, el autor prefería ocuparse del “hijo” en tanto realidad que concretaba el deseo de los progenitores y se ligaba al más refinado de los sentimientos. Si bien se dirigía las más de las veces a la madre, los interlocutores de su obra eran ambos padres, de quienes se esperaba un interés por dirigir sabiamente la crianza y la educación de sus hijos y por cuidar con eficiencia su salud. El espíritu de la obra de Garrahan era informar, enseñar y evacuar dudas. Sin embargo, el texto iba más allá del mero interés práctico: pretendía asimismo satisfacer las exigencias emotivas de los padres, quienes además de directivas concretas requerían apoyo moral para resolver los múltiples problemas que les planteaba la crianza. En ese sentido, Garrahan insistía en la necesidad de resguardar el equilibrio emocional de los padres y cuidadores, dada su ligazón con el bienestar del niño:

un factor muy pernicioso para la crianza del niño...para la normal formación de hábitos, para el estímulo eficiente de su desarrollo fisiológico (cosas que repercuten sobre su salud), es el estado de ánimo de los padres en relación a sus hijos: el vivir descontentos de las condiciones físicas y funcionales de los mismos, y de su conducta, el exteriorizar ante ellos dicho estado de ánimo, el criarlos y educarlos bajo el dominio de una tal tensión emocional, es causante de muchos males para los pobres hijos (J. P. Garrahan, 1955b, p. 49).

Retomando las ideas de Arnold Gesell, el autor sostenía que en la crianza y educación del niño era preciso contemplar su particularidad, que venía dada por la

personalidad, las aptitudes y la singularidad de los ritmos madurativos. Para los padres, esto implicaba conducirse con comprensión y elasticidad, adoptando un criterio amplio al interpretar los parámetros de normalidad. La estrictez, las ansiedades desmedidas y la falta de serenidad en el juicio de los padres parecían constituir el punto de partida de numerosos trastornos infantiles y, a nivel del desarrollo neuropsíquico, de “retrasos” en la marcha, la palabra, el control de esfínteres y el desarrollo intelectual.

La reorientación de la puericultura propuesta por este pediatra, planteaba un acercamiento a la psicología por dos vías: por un lado, el dominio de cierto conocimiento de psicología infantil le permitía al médico comprender más cabalmente el desarrollo del niño. Por otro lado, la aproximación a la psicología del paciente y su entorno, que otorgaba al galeno cierta sensibilidad necesaria para actuar eficazmente, aconsejando a los padres y conteniéndolos desde el punto de vista emocional. El enfoque de la “nueva puericultura” proponía entonces adaptar los consejos y las pautas de crianza a la particularidad psico-física de cada niño y sobre todo a las variables emocionales, contemplando tanto las suyas como de sus padres. Caso contrario, se corría el riesgo de frustrar el despliegue de la singularidad del niño y desviar su personalidad, desencadenando así ansiedad o trastornos de conducta. En lo que sigue, mostraremos que tanto la forma de comprender el desarrollo infantil como las pautas recomendadas para la crianza –legitimadas en el saber psicológico experto– reflejan cierta noción de orden social que se articula con el ideario democrático de un sector de la sociedad argentina en momentos previos al derrocamiento del segundo gobierno de Juan Domingo Perón.

4.3.3. Garrahan, entre Gesell y Spock: la libertad dentro del orden

Como vimos en el segundo capítulo, en la década de 1950 la concepción médica sobre el desarrollo infantil profundizó su perfil ambientalista, sin dejar de reconocer el papel desempeñado por la herencia. Giovanni De Toni (1957), pediatra italiano citado, entre otros, por Escardó, sostenía que una de las premisas que la moderna investigación psicológica había establecido consistía precisamente en que, si bien la herencia tenía gran importancia, las características psíquicas en sus manifestaciones terminales no se heredaban. Lo que se transmitía era una “disposición genérica” (p. 33), un microcosmos de múltiples posibilidades que se hallaba bajo el influjo de factores ambientales diversos. Esta premisa retomaba el legado de la higiene mental e instalaba cierto optimismo, en la medida en que limitaba considerablemente la idea de un determinismo constitucional. De este modo, la “nueva puericultura” reconocía la existencia de necesidades instintivas en el niño y encomendaba a la familia la tarea de guiarlas para hacer del pequeño un ser sano, feliz y libre de conflictos psicológicos (Peluffo & Saldún de Rodríguez, 1963).

La renovación que experimentó la puericultura en la segunda mitad del siglo XX condensaba aportes diversos. En el caso de Garrahan, si bien no dejaba de autorizarse en los clásicos de la pediatría francesa y alemana, predominaban entre sus referencias trabajos de autores norteamericanos publicados originalmente hacia mediados de la década del cuarenta. Tal es el caso de la psicoanalista Margaret Ribble (1891-1971),¹⁴² cuya obra *Derechos del Niño. Primeras necesidades psicológicas y su satisfacción*, tuvo

¹⁴² Ribble se formó como médica en el *Cornell Medical College* y en los años veinte se trasladó a Viena para estudiar psicoanálisis infantil con Anna Freud. Además de su obra *The Rights of Infants* publicó *The Personality of the Young Child* en 1955. Ribble fue miembro de la *New York Psychoanalytic Society and Institute* (“Margaret Ribble, Psychoanalyst, 80”, 1971).

una considerable recepción en el campo pediátrico local.¹⁴³ Editado originalmente en 1943 y publicado en la Argentina por la editorial Nova en 1958, el libro de Ribble se centraba justamente en el tópico del instinto infantil y la necesidad de respetarlo encauzándolo. La autora ponía el acento en las necesidades psicológicas del niño, de las cuales la puericultura no se había ocupado hasta el momento. Ellas eran sentirse seguro, obtener placer a través de sus funciones corporales, recibir estimulación sensorial y saber que era un punto de interés para otros. Según esta psicoanalista estadounidense, los niños pequeños tenían derecho a manifestar plenamente la energía vital existente en ellos –llamada “instinto”– que motorizaba tanto la actividad física como las funciones mentales. Era preciso, no obstante, canalizar dicha energía, tal como se hacía con las fuerzas de la naturaleza, de modo tal de no volverla destructiva. Bajo esta perspectiva, los malos hábitos de la infancia no eran más que actividades normales que, habiendo sido frustradas, se expresaban por otros medios. A diferencia de lo que podía leerse, por ejemplo, en Czerny, planteos como el de Ribble se apoyaban en la premisa según la cual, durante el primer año de vida, el niño “no debe encontrar frustración o privación porque estos factores causan de inmediato una tensión exagerada y estimulan latentes actividades de defensa (...) En el niño debe predominar el principio del placer” (Ribble, 1968, p. 122). La autora sostenía que las emociones “sanas” y la inteligencia creadora estaban arraigadas en las primeras experiencias infantiles, por lo cual la tarea de los padres era “dirigir armónicamente el comportamiento primario del niño (...) de modo que las fuerzas primarias de su actividad puedan ser utilizadas constantemente para el más completo funcionamiento del cuerpo y de la mente” (Ribble, 1968, p. 10). Garrahan retomaba estas ideas al plantear que los “buenos hábitos” no se conseguían por medio

¹⁴³ Además de Garrahan, la obra de Ribble era citada por Escardó. Al respecto, véase Escardó, F., & Giberti, E. (1961). La salud mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 75(2), 66–73.

de la imposición y que, cuando así sucedía, casi siempre era con perjuicio de la equilibrada integridad psicológica del niño.

El imperativo de no frustrar las manifestaciones infantiles se acompañaba de igual énfasis en la necesidad de que la madre brindase mimos y cariño. Tema ineludible en el terreno de los consejos de crianza, hacia mediados del siglo pasado se reconfiguró alejándose de las posturas abiertamente condenatorias. Al respecto, Ribble insistía en la importancia del contacto físico frecuente con la madre: acariciar al niño, mecerlo y cantarle canciones de cuna era imprescindible para “acentuar la recepción de estímulos” (p. 117). La autora sostenía que el contacto físico reemplazaba la conexión anterior al nacimiento cuando el niño era “como un órgano del cuerpo de la madre” (p. 24). Es de destacar en este punto el hecho de que un fundamento de carácter biológico, similar al que servía de base al clásico concepto de “binomio madre-hijo”, reapareciera naturalizando la capacidad de la mujer de brindar afecto a su hijo:

nuestra civilización ha perjudicado insidiosamente la naturaleza instintiva de la mujer y la ha cegado frente a uno de sus derechos más naturales: el de enseñar a su hijo a amar, amándolo a su vez durante el período de su infancia desvalida (...) la madre moderna (...) necesita la certeza de que las atenciones y mimos que ella proporciona a su hijo no son de ningún modo expresiones accidentales de los sentimientos, sino que son biológicamente necesarios para el sano desarrollo mental del niño (Ribble, 1968, p. 33).

Garrahan se hacía eco del planteo de Ribble y afirmaba que el cariño era consustancial con la vida del pequeño y parte fundamental de la educación, junto con la aplicación de indicaciones científicas. Según el autor, la protección que brindaba el afecto en la crianza contribuía “a imprimirle fuerza y relieve a la personalidad del niño” (J. P. Garrahan, 1955b, p. 26) y era parte del “deber moral” de la madre.

Es evidente que la “nueva puericultura” entrañaba modificaciones a nivel de los

comportamientos maternos. Al respecto podrían darse diversos ejemplos de los cambios actitudinales de la madre que la reorientación de esta disciplina se propuso instalar. Tomemos el caso del llanto, manifestación infantil que constituye otro de los tópicos clásicos de la puericultura. De acuerdo con los preceptos anteriormente expuestos, Ribble planteaba que no debía dejarse llorar al niño; cuando este lo hacía era preciso brindarle las atenciones maternas apropiadas a sus necesidades. La autora se apartaba así de aquellas posturas que veían en los caprichos y accesos de rabia la manifestación de los errores de educación paternos, para interpretarlas como el producto de la frustración de los instintos del niño. En este punto, sin embargo, Garrahan se alejaba de Ribble para acercarse a Czerny: afirmaba que existía un llanto por “mala educación” (J. P. Garrahan, 1955b, p. 57), que se debía al mal hábito de levantar al bebé en exceso, mecerlo y conversarlo. Vemos así que la “nueva puericultura” que Garrahan introducía en el contexto local adoptaba una actitud moderada frente a ciertos preceptos de la crianza “moderna”. Sin dejar de negar la importancia del cariño, el pediatra porteño señalaba que era preciso evitar los excesos, aun cuando relativizara en mucho el valor educativo de la disciplina rígida y subrayara la necesidad de abandonar gradualmente “las directivas rigurosas de la vieja puericultura –dogmática, materialista y pretenciosa– menos científica de lo que se creyera” (J. P. Garrahan, 1955b, p. 189).

Otros autores norteamericanos que influyeron decisivamente en la postura de Garrahan en torno a la necesidad de respetar la individualidad infantil y otorgar mayor libertad fueron Arnold Gesell y Benjamin Spock, dos de los más destacados referentes de los consejos de crianza en los Estados Unidos. A diferencia de otros “gurúes” de la crianza como Emmett Holt o John Watson, ambos desarrollaron una propuesta centrada en el niño y abogaron por una parentalidad flexible (Coleman, Ganong, & Warzinik, 2007). Pero mientras Gesell conservaba un sello maduracionista que anclaba las

posibilidades de desarrollo al componente biológico, Spock fue el representante de una concepción psicodinámica de base psicoanalítica, hecho que explica en gran medida su popularidad en el clima de ascenso de los discursos “psi” durante la Segunda Posguerra (Hulbert, 2004; Weizmann & Harris, 2012). En dicho escenario, la figura de Gesell fue perdiendo brillo; luego de su jubilación en 1948, el *Yale Human Relations Institute* fue desmantelado y en 1950 Yale decidió quitar su apoyo a la *Yale Clinic of Child Development*. Este hecho que parece incomprensible a la luz de la reputación mundial de Gesell ha sido explicado como una consecuencia de tres factores: el ascenso de los investigadores freudianos en el departamento de psiquiatría, el predominio de las teorías del aprendizaje en la psicología experimental y el descrédito en el que cayeron para los académicos los investigadores que, como él, procuraban divulgar sus hallazgos entre un público amplio (Thelen & Adolph, 1992). Al respecto, es preciso señalar que, a la par de su ocaso en el campo académico, el psicólogo y pediatra de Yale dejó de ser un referente para los padres en temas de crianza, lugar que fue rápidamente ocupado por Benjamin Spock. A continuación veremos que, en el contexto local, Gesell y Spock coexistieron en la “nueva puericultura” propuesta por Garrahan.

En lo que respecta a Gesell, Garrahan adoptaba los lineamientos generales de sus normas del desarrollo, aunque cuestionaba el uso rígido de las mismas. Pero si algo lo unía a su par estadounidense era la impronta del discurso de la higiene mental. En efecto, el médico argentino se acercaba más al Gesell higienista, rol que los historiadores de la psicología han tendido a soslayar para centrarse en su labor como psicólogo que estableció normas del desarrollo (Harris, 2011). Como vimos, este perfil ambientalista de Gesell tuvo un lugar destacado en la recepción local de su escala de evaluación del desarrollo.¹⁴⁴ El caso de Garrahan se sitúa en línea con esta lectura y

¹⁴⁴ Al respecto, véase el tercer capítulo de esta tesis.

apoya la hipótesis de acuerdo con la cual la recepción de Gesell en el campo pediátrico durante las décadas de 1950 y 1960 estuvo mediada por una tendencia a ponderar la incidencia del ambiente en el curso del desarrollo.

Como mencionamos anteriormente, la concepción maduracionista de Gesell ha sido matizada por autores que subrayaron su convicción acerca del carácter plástico del crecimiento y su moderación sobre el determinismo biológico en momentos de auge de la antropología cultural y el conductismo (Dalton, 2005; Marchese, 1995). Fue precisamente la consideración del rol del ambiente y la educación junto con la ponderación de la individualidad infantil lo que condujo a este autor a realizar una afirmación que sería reiterada en numerosas ocasiones por Garrahan: era normal que los niños “normales” presenten problemas de desarrollo. Según Gesell (Gesell & Ilg, 1960) entre los niños la variación era la regla, puesto que no existían dos que fueran exactamente iguales. No obstante, sus hallazgos se basaban en la afirmación según la cual las diferencias individuales seguían una tendencia central, dado que la secuencia y el plan fundamental del desarrollo humano estaban gobernados por leyes naturales de suma precisión. Emergía aquí cierta tensión, puesto que resultaba difícil conciliar esta apreciación del desarrollo con una idea de individualidad que no fuese leída como “retraso” o “adelanto” con respecto al curso “normal”, esperable, deseable. A su vez, esto dio lugar a aseveraciones que proyectaron sobre modelos del desarrollo “universales” una serie de características propias de la sociedad norteamericana blanca de clase media (Vicedo, 2011). En suma, Gesell subrayaba la importancia de respetar la individualidad del niño, pero esto no era sin un patrón al cual debería acercarse lo más posible. Al respecto, Thelen y Adolph (1992) han señalado esta ambigüedad de Gesell, por la cual reivindicaba la singularidad infantil, al tiempo que presentaba los hitos y

conductas esperables de acuerdo con la edad cronológica.¹⁴⁵ En lo que respecta a su recepción en la obra de Garrahan, podríamos decir que frente a la tensión naturaleza-cultura nunca resuelta en Gesell, el médico argentino inclinaba la balanza hacia la importancia del ambiente y las pautas educativas en el curso del desarrollo. Sobre esto último hay que decir que si bien Gesell consideraba que el ambiente sólo podía influir sobre el desarrollo “acelerándolo” o “retrasándolo” –ya que la maduración del sistema nervioso era condición de posibilidad para incorporar la experiencia– tematizó las relaciones entre las capacidades innatas de crecimiento y las exigencias que anteponía la cultura. Teniendo como horizonte la adaptación social, Gesell sostenía que entre las capacidades infantiles y las oportunidades ofrecidas por el ambiente debía existir una compatibilidad tal que permitiese a cada niño ejercer su potencialidad de crecimiento (Gesell & Amatruda, 1946). En esa dirección, el psicólogo estadounidense proponía una crianza basada en una filosofía “evolucionista” (Gesell & Ilg, 1960) que partía de la naturaleza y las necesidades del niño, considerando el determinismo dado por la herencia racial y familiar, y se focalizaba en el problema de la adquisición de cultura en función del crecimiento, otorgando gran importancia a la conducción cultural. Ahora bien, dicha conducción no debía ser confundida con el dogmatismo riguroso propio de las culturas totalitarias. En ellas, el interés se colocaba en el patrón cultural extrínseco de suerte tal que el niño era moldeado de acuerdo con ese patrón, sin atender a su singularidad. Por el contrario, la filosofía evolucionista propuesta por Gesell se apoyaba en la autoadaptación y presuponía un tipo democrático de cultura. La guía cultural que proponía el autor era esencialmente individualista, impronta que provenía de su

¹⁴⁵ En rigor de verdad, el planteo de Gesell no hace más que ilustrar de modo muy claro cierta ambivalencia que se advierte en otras investigaciones psicológicas (Burman, 1994): se plantea por un lado que el desarrollo sigue una trayectoria “natural” y, por ende, pautada genéticamente, que, sin embargo, debe ser supervisada y eventualmente corregida con el fin de que emerja de modo apropiado. Esto ha conducido a una postura recurrente en los estudios de psicología evolutiva, que tratan a la dimensión social como un suplemento que se agrega al desarrollo natural e inevitable.

concepción maduracionista. Y en este punto es preciso señalar que Gesell identificaba la individualidad y las diferencias individuales con los valores progresistas y democráticos, puesto que las consideraba expresiones de la autonomía y la integridad de la persona (Weizmann, 2010). Así, el ritmo singular de crecimiento del niño le permitía resistir las influencias del medio (sobre todo las que resultaban perniciosas) y, de ese modo, no ser un mero producto de la cultura. Esta eventualidad preocupaba especialmente al autor y es fácilmente identificable en sus obras de la década de 1940, escritas en un contexto convulsionado por los efectos del ascenso de los regímenes totalitarios en Europa. Gesell heredó de su padre los valores republicanos y antimonárquicos que lo habían impulsado a emigrar de Alemania, y en su juventud simpatizó con el socialismo. La sociedad, según él, maduraba y se desarrollaba sobre la base de la razón y la justicia para encaminarse hacia un cambio social progresivo (Harris, 2011). Estas convicciones lo llevaron a afirmar que el concepto de desarrollo tenía mucho en común con la ideología de la democracia. Según el autor, todo organismo era dueño de un impulso tendiente al desarrollo óptimo, que consistía en alcanzar el máximo grado de madurez. Esta tendencia era inherente al mecanismo autorregulatorio de crecimiento, pero sólo podía realizarse en un clima de libertad, que era, precisamente, el que quedaba ligado al ideal democrático.¹⁴⁶ Y es en este punto en el cual puede establecerse cierta afinidad ideológica entre Gesell y Garrahan. En efecto, si bien la insistencia de Garrahan en la necesidad de respetar la individualidad infantil estaba a tono con el avance de la medicina psicosomática que contemplaba al niño como unidad psico-somática, podría explicarse asimismo tomando en consideración algunos elementos propios del contexto sociopolítico de producción de la obra. *La Salud del*

¹⁴⁶ Para un análisis más detallado sobre la postura de Gesell en torno a la relación entre el desarrollo del individuo y la cultura democrática y el modo como su particular lectura tendió a naturalizar cierta forma de organización social, véase Briolotti, A. (2015). Desarrollo psicológico, naturaleza y cultura en la teoría de Arnold Gesell: un análisis de la psicología como disciplina de saber-poder. *Memorandum*, (28), 55–70.

Hijo fue escrita hacia mediados de la década de 1950, momento en el cual la sociedad argentina atravesaba un período de creciente conflicto y radicalización entre posturas peronistas y antiperonistas. Como se mencionó anteriormente, el autor se contaba entre aquellos profesionales e intelectuales ligados a la tradición liberal que se opusieron al peronismo, al que consideraban un régimen totalitario (J. P. Garrahan, 1956c). Así, cabe suponer que en medio de un clima político agitado que desembocaría en el golpe militar de septiembre de 1955, las reflexiones de su par estadounidense suscitaban en él idéntica preocupación en torno a los efectos de un régimen político como el peronismo y lo conducían a atribuir suma importancia al desarrollo en condiciones de libertad, por oposición a una crianza basada en la autoridad sobre el niño.

Si con Ribble Garrahan recuperaba el valor de la libre expresión de los instintos infantiles y del cariño, Gesell le permitía enfatizar la importancia del ambiente en el curso del desarrollo y la necesidad de ordenar y encauzar las manifestaciones infantiles. En ese sentido, la propuesta de Garrahan consistía en una crianza en la cual la libertad se manifestara dentro del orden. Para ello era preciso, por un lado, establecer y mantener una rutina, conveniente y necesaria hasta que el sistema nervioso infantil estuviese lo suficientemente desarrollado. Y si este tópico evocaba el principio de disciplina tan cuestionado por la “nueva puericultura”, autores como Ribble y Gesell matizaban aquella rigidez proponiendo una planificación de horarios y actividades que atendiera al equilibrio de todas las tendencias innatas del niño y sus actividades espontáneas.

En suma, los desarrollos de Ribble y Gesell expresan una tendencia propia del período comprendido entre las décadas de 1930 y 1950, durante el cual emergió una orientación que enfatizaba las necesidades del niño y su desarrollo “natural” (Burman, 1994). Se trataba de un planteo que ponía reparos a la idea del niño como un ser

completamente moldeable por su entorno, para introducir una serie de consideraciones que lo abordaban como un sujeto con derechos que debían ser respetados. Los nuevos enfoques psicológicos instalaron la premisa según la cual el niño estaría naturalmente preparado para adaptarse a la cultura y que los tropiezos cuando no existían impedimentos de tipo orgánico eran siempre el producto de algún tipo de falla en los intercambios afectivos con el entorno (Rose, 1990). Se configuró así una grilla interpretativa que situaba en la sobreprotección materna la causa de la anulación o atenuación de ciertas “dotes innatas” como el bastarse a sí mismo (J. P. Garrahan, 1955b, p. 25). En este punto es preciso subrayar que estos cambios en la manera de entender el desarrollo y la crianza no se acompañaron de pronunciamientos menos coercitivos hacia los padres: el foco de atención de numerosos expertos “psi” se desplazó de los impulsos del niño “malo” a las actitudes inapropiadas de la madre “mala” (Buhle, 1998, p. 134). En los padres, esto se reflejó en un abanico de sentimientos que iban desde la culpa (Knibiehler, 2001) hasta la inquietud frente a la complejidad que adquiriría la crianza dentro del nuevo modelo (Cosse, 2010a).

La mayor flexibilidad y el tono menos autoritario de los consejeros de crianza configuraron entonces un nuevo problema: disfrutar de la paternidad se transformó en algo obligatorio. Esto promovía un replanteo del rol de los padres en la educación que, como vimos, consistía en equilibrar dos aspectos: el perfeccionamiento de las capacidades del niño y el control de sus tendencias instintivas innatas. Y en este punto se presentaba el problema del modo como debía ejercerse la autoridad. Al respecto, la obra de Garrahan incorporaba los desarrollos del pediatra Benjamin Spock (1903-1998).¹⁴⁷ La referencia era su obra *Baby and Child Care*, que ha sido consagrada como

¹⁴⁷ Spock se graduó en la Universidad de Columbia en 1929. Hizo su residencia en el *Weill Medical College* de la Universidad de Cornell y se formó luego en psiquiatría en la clínica *Payne Whitney*. Fue Profesor en las universidades de Minnesota y Pittsburgh y en la *Case Western Reserve University*. Durante la Segunda Guerra Mundial prestó servicios como psiquiatra en el cuerpo médico de la reserva

uno de los mayores best-sellers de todos los tiempos, con numerosas reediciones y aproximadamente cincuenta millones de copias vendidas. Si bien el libro de Spock se publicó originalmente en 1946, en el ámbito local sus ideas comenzaron a difundirse casi una década más tarde. En 1962, una serie de artículos con la firma del pediatra norteamericano se publicó en la revista femenina *Claudia*, identificada con la mujer moderna, y fueron asociados con las tendencias progresistas en el plano de la crianza (Cosse, 2010b). A su vez, en 1963 el semanario de actualidad *Primera Plana* dedicaba una breve crónica a la visita de Spock a la Argentina como parte de la delegación de los Estados Unidos que asistió a la asunción de Arturo Illia en octubre de ese año. El cronista aprovechaba la ocasión para destacar que, si bien el perfil de la medicina actual viraba hacia la salud mental, Spock se mostraba cauto frente a los efectos negativos que las intervenciones de los expertos producían en la confianza y en la autoestima de los padres (“El Dr. Spock, nuevo Moisés para niños”, 1963). El impacto del libro de Spock fue precisamente su carácter renovador, que cuestionaba los métodos rígidos y pretendía devolver a los padres la confianza en sí mismos y en su intuición a la hora de criar a sus hijos. Asimismo, el trabajo de Spock dejaba entrever una lectura psicodinámica que lo acercaba al psicoanálisis: su objetivo era responder a preguntas sobre crianza desde un “sentido común” que incluía la actividad mental inconciente, la sexualidad infantil y el complejo de Edipo. Sin embargo, Spock no utilizaba términos psicoanalíticos específicos sino que realizaba una extrapolación diluida de conceptos freudianos (Sulman, 1973). En este punto debe recordarse que no se trataba de un psicoanalista intentando divulgar la teoría freudiana, sino de un pediatra con formación en psiquiatría infantil. Ello explica que su obra haya sido prácticamente ignorada por la literatura

de la armada estadounidense. En la década de 1960 desarrolló inquietudes políticas que lo llevaron a trabajar para el *National Committee for a Sane Nuclear Policy*. Fue un ferviente opositor a la guerra de Vietnam y en 1972 fue candidato presidencial por el *People's Party*, un partido de raíz pacifista.

psiquiátrica y psicoanalítica (Bach, 1974), hecho que se corrobora en el ámbito local, dada la total ausencia de referencias a su trabajo en la *Revista de Psicoanálisis* de la Asociación Psicoanalítica Argentina. En cuanto a Garrahan, no se adentraba en las lecturas psicoanalíticas de Spock sino que su interés se centraba en la crianza “flexible” y en la autoridad consensuada. Por ejemplo, mientras que Spock atribuía la enuresis secundaria al intento inconciente de volver a ser un bebé (Sulman 1973), Garrahan se mostraba más cauto, mencionando que el trastorno podía deberse a celos, frustraciones o conflictos escondidos con miembros de la familia, sin dejar de señalar que en muchos casos la enuresis se explicaba por defectos en las vías urinarias. A su vez enfatizaba, basándose en Gesell, que podía deberse a un “retraso madurativo” y que, así como no se castigaba al niño que no sabía caminar, no podía hacerse lo mismo con aquél que mojaba su cama por no poder evitarlo. Esta perspectiva más moderada del pediatra argentino en cuanto a las interpretaciones psicodinámicas puede obedecer a diversos motivos. Por un lado, si bien para ese entonces el psicoanálisis tenía su institución oficial en la Argentina y comenzaba a abrirse paso en otros espacios como hospitales y medios de comunicación (Dagfal, 2009), recién en los años sesenta se produciría la consolidación de una “cultura psicoanalítica” (Plotkin, 2003) que había comenzado a gestarse desde las primeras décadas del siglo XX. Por otro lado, cabe recordar que la formación médica de Garrahan y prácticamente toda su etapa de ejercicio profesional se desarrolló bajo la hegemonía de un modelo médico organicista que, si bien fue cuestionado por el enfoque psicosomático, nunca fue totalmente superado por éste.¹⁴⁸ En este punto podría pensarse que las referencias psicológicas reproducidas por Garrahan en su libro reflejan algo de este clima de ideas, entre una concepción de predominio naturalista, como la que puede hallarse en Gesell y un punto de vista

¹⁴⁸ Al respecto, véase el primer capítulo de esta tesis.

psicodinámico que, con autores como Spock y Ribble, destacaba la importancia del componente vincular y otorgaba más peso al pleno desenvolvimiento psíquico como criterio de salud.

Se ha afirmado (Graebner, 1980) que *Baby and Child Care* es una ventana hacia la cultura norteamericana en los años de entreguerras: la gran depresión, la amenaza del totalitarismo y la Segunda Guerra Mundial formaban parte de un mundo que autores como Spock calificaban como inestable, y en cuyo interior había un niño igualmente inestable. Ese niño era temeroso, inseguro, frustrado y potencialmente destructivo a causa de sus tendencias agresivas no canalizadas. Es preciso señalar que Spock, al igual que Ribble, destacaba la importancia de civilizar los instintos sin frustrarlos puesto que, si se los reprimía, los sujetos podían devenir adultos que renegaran de la autoridad y se convirtieran en dictadores con ansias ilimitadas de poder. Después de todo, los instintos de agresión con los que el niño nacía serían necesarios a futuro, para implementarlos en la guerra o en los negocios. En este marco se presentaba entonces el problema de reconciliar la preocupación por el autoritarismo con la necesidad de ejercer cierta autoridad. En un momento en el cual cualquier forma de control era potencialmente peligrosa, Spock planteó un modelo de crianza democrático en el cual la familia era un grupo pequeño, los padres los líderes “amistosos” y el niño un participante ocasional en la toma de decisiones. La clave parecía ser dirigir la conducta del niño por medio de la sugerencia y la persuasión, evitando la confrontación y el conflicto. Así, a través de sus consejos de crianza, el pediatra estadounidense se proponía contribuir a conformar una sociedad más cooperativa y orientada al consenso. La clave para criar niños seguros de sí mismos y no agresivos era un sistema que combinara disciplina y guía, cuyo corazón era la autoridad parental ejercida de un modo claro, inequívoco y regular (Graebner, 1980).

Estas consideraciones se inscribían en el discurso de Garrahan que, desde un enfoque que combinaba el “ambientalismo” propio de la higiene mental con la perspectiva maduracionista de autores como Gesell, situaba la clave de una crianza armónica en la posibilidad de brindar al niño un ambiente psíquico propicio para el pleno desarrollo de sus potencialidades. La mirada se complejizaba, en todo caso, al incorporar los aportes de Ribble, que añadía la dimensión instintiva al espectro de potencialidades innatas, señalando el carácter estructurante del cariño prodigado al hijo. Con Spock, Garrahan profundizaba esta orientación que lo conducía a poner en agenda el problema de la autoridad y las ansiedades. En lo que respecta a esto último, es claro que esta forma alternativa de concebir la crianza planteaba mayores exigencias a ambos padres, y sobre todo a la madre. Garrahan advertía el monto de desconcierto y ansiedad que podía ocasionar en los padres, toda vez que dejaba un gran margen de elasticidad para actuar y los inquietaba con las amenazas de un futuro adverso si el niño no era tratado adecuadamente desde el punto de vista emocional. Frente a esta encrucijada, el autor recomendaba una aplicación flexible y racional de las normas de la “nueva puericultura”. Esto suponía ante todo aceptar y disfrutar del hijo tal cual era, teniendo en cuenta que eventualmente el propio niño podría autorregular su conducta en pos de una mejor adaptación al medio. Sin embargo, esto último no relativizaba la importancia atribuida a la puericultura por su potencial valor para prevenir numerosos trastornos y promover una mejor salud. Por el contrario, dicha disciplina asumía que si bien el óptimo desarrollo del niño entrañaba el respeto por su individualidad, ello debía darse en un clima de “libertad dentro del orden”. En un contexto en el cual los valores democráticos eran reivindicados por amplios sectores de las elites políticas e intelectuales, el autor no dejaba de subrayar que una crianza “eficiente” desde el punto de vista de la autonomía y la adaptación social del niño consistía en conducirse “con

una severidad serena, imbuida de autoridad comprensiva, y sin esconder el afecto” (J. P. Garrahan, 1955b, p. 26). Asimismo, el mayor reconocimiento de los derechos de la infancia y la consecuente necesidad de instalar un trato respetuoso para con el niño delineaban un panorama en el cual la disciplina estricta ya no era recomendable. Así, una “educación afectuosa” y “una dosis prudente de cariñoso desorden” (p. 219) parecían ser elementos imprescindibles en una crianza que buscara no perjudicar la personalidad futura del niño. En suma, a mediados del siglo XX, el equilibrio afectivo y la capacidad de comprender al niño parecían ser los mayores desafíos que planteaba a los padres la compleja trama de factores en juego en el desarrollo del niño y su crianza.

4.4. Conclusiones del capítulo

El tópico de la producción y divulgación de conocimiento sobre el cuidado y la educación del niño configura una zona de gran productividad a los fines de analizar la relación de los saberes expertos entre sí y con la sociedad. A lo largo del capítulo se exploró el campo de la puericultura argentina hacia mediados del siglo pasado procurando situar sus relaciones con la psicología, a dos niveles: por un lado, a nivel del conocimiento psicológico incorporado en la concepción médica del desarrollo y en la difusión de prácticas de crianza y, por otro lado, en cuanto al rol de la puericultura como una disciplina que, a través de sus prescripciones y consejos, intervino en la producción de una subjetividad “normal” y “saludable”. Hemos intentado mostrar de qué modo las prescripciones de la puericultura estuvieron atravesadas por una serie de valoraciones y formas específicas de interpretar la sociedad y de proyectar el destino de las generaciones futuras. Este entramado de ideas y valores operó como grilla de lectura y apropiación del conocimiento psicológico. Los médicos, en su rol de intelectuales-

expertos, participaron en los debates sobre numerosas cuestiones de orden público y mostraron un marcado compromiso con la idea de pensar una sociedad e intervenir para lograr consolidarla. En ese sentido, la puericultura local desarrolló un perfil eminentemente preventivo, que hundía sus raíces en la tradición higiénica y eugenésica que proponía la mejora del individuo y la raza a partir de la intervención sobre el medio ambiente.

En el primer tramo del período estudiado, la fuente de reflexiones sobre el desarrollo psicológico del niño se situó en la conjunción de la psicología naturalista, el discurso eugenético, la higiene mental, las teorías del condicionamiento de la conducta y ciertos saberes pedagógicos y psicológicos “modernos”, tales como el psicoanálisis y la psicología individual adleriana. A la luz del problema de la cantidad y la calidad de la población y en el marco de una matriz ideológica que sujetaba la infancia a un orden simbólico hegemonizado por la Nación (Carli, 2012), estos saberes y prácticas promovieron reflexiones sobre la crianza que ponían el acento en la necesidad de disciplinar las manifestaciones psíquicas infantiles. Esta premisa persiguió dos grandes finalidades: facilitar la crianza de modo tal de desterrar en lo posible el problema de la desnatalidad y conformar sujetos productivos y adaptados al orden social vigente.

Las recomendaciones médicas partían del supuesto según el cual todo lo acontecido durante la primera infancia tenía un peso considerable en la conformación del carácter y la personalidad. Predominó a su vez una concepción del psiquismo como arcilla moldeable por las influencias externas. De allí el énfasis en la capacidad del adulto de ofrecer modelos de imitación y cincelar el carácter infantil en base al condicionamiento psicológico. Lo anterior, sumado a la naturaleza caprichosa y egoísta del niño, planteaba la necesidad de educarlo desde la cuna, imponiendo estrictos horarios para su alimentación, limitando al máximo los mimos y manejando con

recaudos su extrema sugestibilidad. Si bien no faltaron voces que plantearan la necesidad de promover la autonomía infantil y atender a la individualidad del pequeño, la forma dominante de concebir el desarrollo y la crianza fue funcional a un modelo de orden social basado en la productividad y en la convivencia armónica. Así, la salud del individuo fue entendida como parte de un colectivo que, ante todo, debía marchar por los caminos del progreso.

La publicación del libro *La Salud del Hijo* en 1955, fue parte de cierta renovación del campo de la medicina infantil en el marco de la cual emergieron nuevas corrientes de la puericultura. Hasta el momento dicha disciplina había centrado su interés en el estudio de las diferenciaciones anatómicas y funcionales del niño y sus exigencias de alimentación y cuidado, impartiendo prescripciones fundadas principalmente en mediciones y cronologías del desarrollo. Autores como Garrahan consideraron que se trataba de un esquema demasiado simple que se ocupaba del niño en un sentido abstracto, dejando de lado la comprensión de su individualidad familiar y racial y de su maduración psíquica. Como ha podido apreciarse, la psicología infantil constituía un tópico de reflexión de los puericultores en las décadas previas. Pero, en contraste con la mayoría de ellos, el planteo de Garrahan matizaba la idea de que el desarrollo infantil y los rasgos de la personalidad estuviesen en gran medida moldeados “desde afuera”, aun cuando buena parte de las intervenciones que proponía estuviesen orientadas por los principios de la higiene mental. En pleno auge de las ideas de la medicina psicosomática, el respeto por la individualidad y la importancia de una educación flexible, capaz de promover el despliegue de la personalidad del niño sobre un trasfondo de afectos positivos, constituyeron de allí en adelante los principios rectores de los saberes expertos sobre crianza. En este marco, se hizo necesario revisar aquel precepto de la autoridad paterna “firme” para sustituirlo por el de una autoridad

flexible y amoldada a la singularidad madurativa y psicológica del pequeño. En el mundo occidental de posguerra y en un contexto local de duro enfrentamiento entre sectores peronistas y antiperonistas, planteos como el de Garrahan retomaban los aportes de Gesell y Spock para sostener la necesidad de garantizar al niño el pleno desenvolvimiento de sus potencialidades en un clima que recreaba al interior de la familia nuclear el orden democrático que los sectores liberales proyectaban para la sociedad.

En suma, la tarea de criar niños parece haberse complejizado a lo largo del período que aquí indagamos, lo cual se reflejó en las iniciativas médicas en torno a la educación de los padres. La obra de Garrahan representa un momento en el cual la dimensión afectiva comenzó a posicionarse en el centro de la escena, relegando a un segundo plano los aspectos relativos a la supervivencia y al desarrollo físico y propiciando un diálogo más fluido entre la medicina y los saberes psicológicos. En ese sentido, se destaca el aporte de autores norteamericanos como Ribble y Spock que, desde una perspectiva psicodinámica, subrayaban el carácter estructurante del cariño materno para el desarrollo psicofísico del pequeño. Para concluir, interesa destacar un elemento que se mantiene constante a lo largo del período aquí analizado. Las prescripciones de crianza –tanto aquellas provenientes de la puericultura “clásica” como las que hallaban su fundamento en las nuevas corrientes de la disciplina– se basaron en una serie de rasgos “naturales”, tanto de la madre como del niño, que justificaban la crianza en el seno de la familia nuclear tradicional y la división de roles en función del género. Así, si en un primer momento las prescripciones descansaban en el concepto de “binomio madre-hijo” –determinado por la existencia de un lazo biológico durante la gestación– en un segundo momento es posible observar que dicho concepto se “psicologizó” sin alterarse en su esencia, en la medida en que se subrayaba la

dependencia psicológica del niño y su necesidad de contar con los cuidados, el cariño y la atención maternos como elementos clave para un desarrollo “saludable”.

Capítulo 5

Nutrición y desarrollo psicofísico en la primera infancia¹⁴⁹

Este capítulo analiza el abordaje médico del desarrollo psicológico en la primera infancia a través de un tópico de especial relevancia: la nutrición. Elemento clave en la supervivencia del niño, la alimentación ha sido uno de los temas más investigados por la pediatría moderna. A comienzos del siglo pasado, el tratamiento de la leche animal (esterilización y pasteurización), la lactancia mercenaria y el estudio y desarrollo de fórmulas alimenticias alternativas a la leche materna ocuparon el centro de las reflexiones de los pediatras y se complementaron con un discurso que, con el avance de la centuria, otorgó cada vez más importancia a la alimentación a pecho (Blasi & Ramacciotti, 2011). En el caso que nos ocupa, es posible observar que, a lo largo de las décadas, el discurso de los pediatras en torno a la llamada “alimentación natural” acompañó al proceso de “psicologización” de la crianza que tuvo lugar en las sociedades occidentales. Así, hacia los años cincuenta la medicina infantil comenzó a tematizar el amamantamiento como un acto de relevancia en la constitución del vínculo madre-hijo y en la estructuración psíquica del pequeño.

En este marco es preciso considerar asimismo que entre fines de la década de 1920 y mediados de los años de 1940, tanto en el contexto local como en el resto de Occidente, tuvo lugar un proceso de sistematización y producción de conocimiento

¹⁴⁹Algunas de las ideas vertidas en este capítulo fueron publicadas previamente en Briolotti, A. (2015). El problema de la inapetencia de origen psíquico en la primera infancia. Un aporte para el análisis de las relaciones entre pediatría, psicología y psicoanálisis en la Argentina (1936-1956). En *4tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia: Lo público en lo privado y lo privado en lo público* (pp. 52–72). Buenos Aires: Acta Académica, en Briolotti, A. (2016). El problema del hospitalismo en la medicina infantil rioplatense y el rol de los saberes psi en la subjetivación de la maternidad y la infancia (1933-1965). *Revista Ciencias de la Salud*, 14(3), 453–468 y en Briolotti, A. (2017). Hospitales que enferman, familias que curan: saberes “psi”, maternidad e infancia en la medicina infantil rioplatense (1933-1965). En F. Macchioli, L. N. García, S. M. Benítez, A. Briolotti, G. Cardaci, & V. Molinari (Eds.), *Itinerarios de la psicología. Circulación de saberes y prácticas en la Argentina del siglo XX* (pp. 95–129). Buenos Aires: Miño y Dávila.

sobre la alimentación humana, que implicó asimismo la creación o afianzamiento de profesiones vinculadas con la aplicación de estos saberes y la sanción de leyes para regular la producción, comercialización y consumo de alimentos (Buschini, 2015, 2016). Puede afirmarse, entonces, que este despliegue de la nutrición como tópico de investigación enmarcó buena parte de los debates y las ideas que se analizarán a lo largo del capítulo.

En las páginas que siguen, se examina la relación entre nutrición y desarrollo psicológico a partir del análisis de tres problemáticas. En primer lugar, el capítulo explora el caso de la inapetencia de origen psíquico, trastorno que, al no ser explicable por causas orgánicas, suscitó cierto enigma entre los médicos de niños. Se trata de un tópico de especial interés para este trabajo, dado que fue uno de los promotores del acercamiento de los pediatras a los saberes psicológicos. Podrá observarse que al comienzo del período estudiado coexistían una explicación de tinte biologicista que ponía el foco en la incidencia de una herencia defectuosa, y una explicación psicológica que abrevaba en la teoría del condicionamiento reflejo. En ambos casos, las intervenciones propuestas combinaban la administración de fármacos y vitaminas con indicaciones pedagógicas que echaban mano de los postulados de la higiene mental. En la década de 1950 se observan modificaciones en la forma de interpretar el problema, poniendo de manifiesto cierto desplazamiento desde un punto de vista centrado en la necesidad de moldear la conducta alimentaria del niño en base a la educación, hacia una perspectiva que enfatizaba la importancia de considerar el trastorno a la luz del desarrollo emocional del niño y de las relaciones afectivas al interior de la familia.

En segundo lugar, se aborda el problema de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo del lactante (cuadros conocidos como “distrofias”). Se procura situar, por un lado, los cambios producidos a lo largo del tiempo en la concepción de estos trastornos

y, por otro lado, el papel otorgado a los factores psíquicos en su etiología. Al respecto, debe señalarse que el componente psíquico en los cuadros de distrofia del desarrollo ocupa un lugar destacado en los artículos que estudian los efectos de la institucionalización en lactantes. El último apartado se detiene precisamente en el problema del llamado “hospitalismo”. La dinámica de funcionamiento de los nosocomios y Casas Cuna, caracterizada por el aislamiento, la relativa inmovilidad y la falta de cuidados personalizados, parecía ser en gran medida responsable del estado de “inanición psíquica” y ponía de manifiesto el efecto distrofiante de la institución. El apartado revisa los cambios en la concepción de hospitalismo a lo largo del período estudiado y el rol del componente psíquico en su causación. Se indaga a su vez el alcance de dichos cambios a través de su proyección al terreno más amplio de la maternidad y la crianza, analizando la recepción de las ideas del psiquiatra y psicoanalista inglés John Bowlby (1907-1990) en torno a la salud mental en la primera infancia, plasmadas en un informe que le fuera solicitado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a comienzos de la década de 1950. Si bien el trabajo de Bowlby no fue el primero en tematizar el impacto de la privación de los cuidados maternos en la salud psíquica del niño, logró construir consenso en torno al tema enfatizando los puntos de acuerdo entre diversos investigadores y legitimándolos gracias al respaldo recibido por la OMS. La difusión de su informe se produjo en un momento en el cual los organismos y acuerdos internacionales cobraron gran importancia en el diseño de las políticas sanitarias en Latinoamérica, lo cual habilita un análisis de la circulación de saberes que, en primer lugar, ponga de manifiesto la relevancia de ciertas coyunturas históricas tales como la de la Segunda Posguerra y su incidencia en la producción y difusión de saberes vinculados con el movimiento de salud mental, y que, en segundo

lugar, muestre el rol de la OMS como institución clave en la organización y difusión de saberes.

5.1. La “anorexia mental”, de la neuropatía constitucional al traumatismo psíquico

Vivía feliz hasta que el nene empezó a comer. Desde entonces mi vida es un calvario. Usted no se imagina todo lo que hacemos para que Luisito coma. Yo le cuento cuentos, mientras la mucama se hace el perro y camina en cuatro patas, el abuelo golpea sin descanso una pandereta que le regalaron y mi esposo le da una moneda por cada bocado. ¡Todos terminamos con los nervios destrozados! (de Matera, 1955, p. 25).

Así se expresaba una de las tantas madres que, a mediados de los años cincuenta, manifestaban su agotamiento por los caprichos alimenticios de su hijo. Según la pediatra Clara de Matera, las palabras de esta mujer condensaban elementos recurrentes en los diversos testimonios de padres desesperados por el trabajo que implicaba alimentar a sus hijos. En todos ellos se advertía hasta qué punto una función “natural” e imprescindible como la nutrición podía complicarse en grado extremo hasta volverse virtualmente imposible. Este apartado se centra precisamente en el problema de la inapetencia del niño por causas extra-orgánicas, también llamada “anorexia mental”, “inapetencia psíquica” o “inapetencia esencial”. A partir de identificar y caracterizar las diferentes interpretaciones etiopatogénicas del trastorno y las medidas profilácticas y terapéuticas propuestas, se pretende reconstruir un itinerario de lecturas y referencias teóricas provenientes del campo “psi”, atendiendo fundamentalmente a dos cuestiones: por un lado, al modo como dichas lecturas incidieron en la forma de conceptualizar al niño a través del papel atribuido a la naturaleza y a la cultura en el curso de su

desarrollo. Por otro lado, y considerando que las nociones y discursos se articulan con escenarios históricos y coyunturas particulares, interesa indagar la manera como la apropiación de saberes “psi” por parte de los médicos se entramó con ciertas valoraciones y problemas propios del contexto.

Si bien el fenómeno de la inapetencia de origen psíquico se daba en niños de todas las edades, en este capítulo se estudiará su presencia durante la primera infancia, no sólo porque en la mayoría de los casos de anorexia en la segunda infancia los problemas habían comenzado tempranamente, sino además por la importancia que cobraba una adecuada nutrición en los inicios de la vida. En efecto, en el capítulo anterior hemos señalado que, desde el punto de vista médico, la primera infancia era ante todo un período vegetativo, durante el cual el organismo estaba limitado a asimilar los alimentos y a desarrollarse. Asimismo, las conductas primordiales en relación con la nutrición cobraban especial relevancia puesto que, como veremos, eran concebidas como el punto de partida del conocimiento del mundo y el molde a partir del cual se delinearían las conductas futuras.

En lo que sigue se intenta dar cuenta de lecturas e interpretaciones que lograron un cierto nivel de consenso entre los médicos y que pueden ponerse en relación con debates más amplios, ya sea al interior de la disciplina médica como en el cruce entre el discurso científico y una agenda de problemas sociales de más largo alcance.

5.1.1. El niño inapetente: herencia defectuosa y mala educación

Desde mediados de la década de 1930, el problema de la inapetencia infantil de origen psíquico fue crecientemente abordado en distintas publicaciones médicas, tanto científicas como de divulgación. Diversos autores acordaban en afirmar que, tanto en

los consultorios externos de hospitales como en la clientela privada, era significativo el número de casos de “anorexia mental” (Baranchuk, 1938; Baranchuk & Rotman, 1951; de San Martín, 1939; Escardó, 1936; Rivelis, 1956b; Schiavone, 1940).¹⁵⁰ Los pacientes eran descritos como niños pálidos, inquietos, “llorones”, con apetito irregular y caprichoso y con un peso oscilante, aunque siempre por debajo de lo normal. El rasgo distintivo de estas conductas de rechazo del alimento era la imposibilidad de ser reconducidas a causas orgánicas: no se explicaban por la existencia de un proceso infeccioso o de perturbaciones endócrinas, ni por lesiones o anormalidades anatómicas. Esta anorexia psíquica suscitaba especial preocupación entre los médicos, dada la importancia de la nutrición para la supervivencia y el crecimiento del niño, sobre todo durante los primeros meses de vida. A este respecto, y como mencionamos en otro capítulo, diversos autores recuperaban una expresión del pediatra suizo Jules Taillens (1938),¹⁵¹ según la cual el lactante no era más que un tubo digestivo en el que poco a poco se desarrollaban las funciones motrices y más tarde las psíquicas. Asimismo, y atendiendo a las particularidades demográficas del contexto local, la preocupación por la supervivencia del niño y su normal desarrollo se inscribía en el ya mencionado problema de la mortalidad infantil y en el debate acerca de la cantidad y la calidad de la población local. Ambos tópicos cubrían una parte importante de la agenda de problemas de las elites políticas e intelectuales y promovieron la circulación de discursos y prácticas tendientes a darles solución y asegurar en lo posible el crecimiento

¹⁵⁰ En cuanto al diagnóstico, el criterio para precisar si se estaba ante un cuadro de anorexia era que el niño hubiese perdido o disminuido su apetito con respecto a la ración de alimento normal para él. Es decir, se descartaban los casos en los que el niño no comía la cantidad que la madre esperaba que comiera o bien cuando había comido a su voluntad antes del horario estipulado (Schiavone, 1940).

¹⁵¹ Jules Taillens (1871-1954) se doctoró en 1897 y entre 1917 y 1941 fue Profesor de Clínica Infantil y de Pediatría en la Universidad de Lausanne. La mayoría de sus obras versan sobre el tópico de la alimentación del niño de primera infancia. Entre ellas se destacan *Die kondensierte Milch bei der Ernährung kranker Säuglinge* (1927), *Le lait condensé sucré dans l'alimentation des nourrissons bien portants et malades* (1935) y *L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* (1942).

y el progreso de la Nación. En cuanto a la disminución de los nacimientos, debe subrayarse que no se debía exclusivamente a cuestiones de índole demográfica sino además a las condiciones de vida en los sectores urbanos, afectadas por la industrialización, el trabajo femenino, los problemas habitacionales y el aumento del control reproductivo por parte de la población. Como podrá verse en lo que sigue, ciertas lecturas del fenómeno de la inapetencia infantil estuvieron estrechamente vinculadas con las preocupaciones en torno del crecimiento poblacional y con las consecuencias potencialmente negativas de las condiciones de vida en las grandes ciudades.

El origen enigmático de la anorexia psíquica planteaba un problema, en la medida en que, según se afirmaba, los médicos no conocían suficientemente los aspectos psicológicos del desarrollo infantil (de San Martín, 1939). Fueron precisamente estos rasgos poco claros del trastorno los que dieron lugar a distintas hipótesis interpretativas acerca de los mecanismos etiopatogénicos en juego y, en función de ellas, diferentes medidas profilácticas y terapéuticas.

En un artículo publicado en 1939 en los *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, tres médicos ensayaban una explicación para el fenómeno de la aversión del lactante al pecho materno, vale decir, su rechazo manifiesto e inexplicable por causas físicas. Partiendo de una hipótesis enmarcada en la teoría de la degeneración —que anunciaba la decadencia progresiva de la especie a causa de malos hábitos y costumbres viciosas—, señalaban que los tóxicos influían perniciosamente sobre la descendencia. Esta premisa hallaba amplio consenso en el campo médico de la época y permitía explicar el nacimiento de niños con malformaciones, epilépticos o neuropáticos (González, 1941). Basándose en este supuesto, los autores habían investigado el hábito de consumo de alcohol y tabaco en los padres de niños que rechazaban el pecho. Los

resultados mostraban que todas las parejas consumían alcohol con frecuencia, lo cual conducía a concluir que “(...) la acción funesta del tóxico sobre los progenitores, alterando hereditariamente el psiquismo del niño, provocaría en estos un estado especial, predisponente a ciertas modalidades anormales; en este caso la aversión al pecho materno” (Buzzo, Agostini de Muñoz, & Calabrese, 1939, p. 184). Se asumía entonces que el estado de ebriedad de los padres en el momento de la concepción podía ocasionar daños al gameto, alterando de ese modo su evolución. Este deterioro del germen por acción directa de cualquier tóxico, en especial el alcohol, recibía el nombre de “blastoforia”. Había sido formulado a principios del siglo XX por Auguste Forel, e incorporado por Adolphe Pinard a la Puericultura en su rama preconcepcional o “eugenética” (Leonard, 1983).

La investigación de Buzzo, Agostini y Calabrese se inscribía entre aquellas que apuntaban a la neuropatía como causa de la anorexia mental. Además de la intoxicación alcohólica de los progenitores, la neuropatía del lactante parecía responder a diversas causas: taras hereditarias (por ejemplo, la sífilis), herencia directa (ser hijo de padres nerviosos), o bien funcionamiento alterado de glándulas como la paratiroides (Rueda, 1941).¹⁵² Esta condición del niño era uno de los factores explicativos de sus caprichos alimenticios, dado que el sentido del gusto presentaba en el lactante nervioso una particular sensibilidad que lo llevaba a rechazar ciertos alimentos.

Por lo general, la neuropatía era definida como una irritabilidad congénita del sistema nervioso que daba lugar a manifestaciones “ruidosas y tenaces” (Rueda, 1941, p. 156). Dichas expresiones desaparecían hacia el final de la primera infancia dejando como sello una inteligencia superior a la normal, que permanecía hasta la adultez. La sensibilidad y la precocidad intelectual que presentaban estos niños (que los llevaba, por

¹⁵² A estos datos, el pediatra rosarino Pedro Rueda (1941) añadía dos correlaciones halladas en los casos por él observados, que eran susceptibles de integrar el repertorio de posibles causas de neuropatía: la primigenidad y la asimetría facial.

ejemplo, a diferenciar rápidamente la voz de personas extrañas o a intentos sistemáticos de balbucear al mes de vida y en un lenguaje *sui generis*) podría ser vista en principio como un rasgo virtuoso. Sin embargo, las manifestaciones que ocasionaba (excitación neuro-muscular, llanto, sueño liviano, irritabilidad, constipación, cólicos abdominales, caprichos alimenticios o anorexia) la convertían en una amenaza no solo para la tan anhelada docilidad infantil, sino además para la estabilidad familiar, el descanso materno y la producción de leche y, en última instancia, para la prolificidad del matrimonio (Bettinotti, 1941a).

Esta clase de interpretaciones, según las cuales la aversión al pecho era el resultado de una anomalía constitucional congénita, promovían un tipo de intervención eminentemente preventiva, centrada en los padres e imbuida de aquel cariz positivo propio del neolamarckismo francés. En dicho marco, el médico de niños debía preparar a la pareja para la procreación, advirtiendo acerca de los efectos perjudiciales de los tóxicos e interviniendo con sus directivas y consejos desde una multiplicidad de dimensiones: biológica, antropológica, étnica, política, social y religiosa (P. de Elizalde, 1937). Una vez nacido el niño, las directivas de los expertos se orientaban a corregir eventuales fallas educativas. En el capítulo anterior vimos que autores de referencia para la pediatría local, como es el caso de Adalbert Czerny, ordenaban no estimular psíquicamente al niño durante el primer año, sobre todo si se trataba de un bebé “nervioso”, ya que ello podía dificultar su educación (Czerny, 1925). Se trataba de posturas que matizaban los alcances del determinismo hereditario, dejando abierta la posibilidad de moldear el carácter y las conductas infantiles por medio de la educación. En esta dirección se situaba el pediatra escocés Hector Cameron,¹⁵³ cuyo libro *El niño*

¹⁵³ Cameron (1878-1958) se formó en la *Glasgow University* y fue miembro del Departamento de Niños del *Guy's Hospital* de Londres. Sus obras *The Nervous Child* (1919) y *The Nervous Child at school* (1933) tuvieron gran acogida entre los médicos de niños, que comenzaron a prestar atención a las raíces nerviosas de ciertos síntomas que presentaban sus pacientes (“Obituary. Dr. Hector Cameron”, 1958).

nervioso fue otra de las referencias para los médicos locales. Publicada por primera vez en 1919, la obra de Cameron tuvo cinco ediciones y la última de ellas, aparecida en 1946, fue editada en 1953 por El Ateneo con traducción de Arturo de San Martín¹⁵⁴ y prólogo de Florencio Escardó. La obra de Cameron era caracterizada como la de un “psicólogo práctico” que, despojado aunque no carente de atuendo teórico, abordaba la educación del niño con sencillez y naturalidad (Escardó, 1953a). Su propuesta se basaba en la hipótesis según la cual buena parte de los trastornos de conducta se explicaban por el modo como los adultos trataban al niño, lo cual se conjugaba con ciertos rasgos congénitos de la personalidad infantil. En ese sentido, Cameron ponía reparos a la idea de esclarecer dichos trastornos por la vía de un análisis psicológico de la mente infantil. Dudaba de la validez de aplicar los aportes de autores como Freud al examen de la conducta anormal del niño y afirmaba que “la susceptibilidad del niño, en su mayor parte, es una cuestión de herencia pero la forma en que reacciona es determinada por las personalidades y las características de quienes los manejan” (Cameron, 1953, p. 54). En breve retomaremos este punto.

Volviendo al problema de la causa, en esos años los trastornos alimentarios del niño de primera infancia eran atribuidos asimismo a otro tipo de factores. En su artículo sobre la anorexia mental, Marcos Baranchuk (1938) señalaba que la clínica del lactante no podía ser reducida al soma y sus alteraciones y sostenía que el rechazo del alimento era un trastorno psíquico que perturbaba las sensaciones correspondientes al ciclo fisiológico del hambre, volviéndolas dolorosas o desagradables. Esta alteración se producía como reacción condicionada frente a la reiterada aparición de un estímulo

¹⁵⁴ Arturo de San Martín culminó sus estudios de Medicina en 1926 y desde 1942 fue docente en la Cátedra Puericultura Primera Infancia. En 1946 fue designado Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Cosme Argerich y en 1948 Profesor Adjunto en la Cátedra Puericultura Primera Infancia. Asimismo, entre 1953 y 1954 presidió la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires. Propuso una técnica para alimentar al niño y combatir así la aversión al pecho. Dicha técnica le valió el Premio de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires en 1951 (de San Martín, 1948; “Premio Sociedad de Puericultura”, 1952).

doloroso, como por ejemplo recibir el alimento muy caliente. Retomando las investigaciones de inspiración pavloviana realizadas por John Watson en torno de las denominadas “respuestas condicionadas”, Baranchuk sostenía que la anorexia era ocasionada por la memoria de la experiencia dolorosa, al estilo de los condicionamientos producidos experimentalmente. La asociación temporal entre la presencia del alimento y la sensación desagradable daba lugar a una respuesta condicionada de rechazo. Desde esta perspectiva, el desorden se atribuía a las fallas en la preparación de la comida, lo cual permitía explicar su mayor frecuencia en lactantes alimentados por medio de biberón. Es posible observar que esta interpretación, que vinculaba la aparición del trastorno con la llamada “lactancia artificial”, se alineaba con el discurso médico de promoción de la lactancia materna en el marco de los procesos de medicalización de la procreación y la crianza y de naturalización de la maternidad que intentaron explicar una relación social por sus caracteres biológicos. La retórica del fortalecimiento del “binomio madre-hijo” a que estos procesos dieron lugar tuvo como fin último evitar los infanticidios y el abandono y sirvió de base a toda una serie de preceptos difundidos por los médicos en torno a las prácticas de crianza consideradas “normales” y “naturales”, entre las cuales se situó la necesidad de prolongar el llamado “cordón láctico” (Nari, 2004). En los años treinta, esta politización de la maternidad y la crianza situó a la mujer frente a la tarea de asumir un rol protagónico en el progreso de la Nación a través de la maternidad, entendida como destino irrevocable (Miranda, 2011). En este marco, el amamantamiento fue concebido como una obligación impuesta por la naturaleza, cuya desobediencia podía acarrear graves consecuencias para la salud y la supervivencia del niño (F. de Elizalde, 1942).

En los años cuarenta, y en el marco de su estudio de la inapetencia a la luz de la noción de condicionamiento, Florencio Escardó (1940) y Fernando Ugarte¹⁵⁵ (1944) introdujeron algunas precisiones a dicha hipótesis causal. En 1940 Escardó publicó *La inapetencia infantil*, obra en la que se proponía avanzar en el conocimiento de un tópico extensamente abordado pero cuya esencia aún se desconocía. Con el fin de arribar a una caracterización más precisa, este pediatra partía de una distinción fundamental, que sería retomada por Ugarte (1944, 1952) unos años más tarde: la diferencia entre hambre y apetito. En este punto, la referencia eran los desarrollos de Ramón Turró i Darder (1854-1926), un biólogo, filósofo y fisiólogo catalán abonado a la escuela pavloviana.¹⁵⁶ En 1912 Turró había publicado *Orígenes del conocimiento: el hambre*, en el que intentaba esclarecer el problema filosófico del origen del conocimiento dejando de lado las explicaciones metafísicas y teológicas y poniéndolo en relación con la naturaleza (R. Turró, 1945). En ese sentido, y desde una postura abiertamente antikantiana, planteaba que el conocimiento tenía su punto de partida en la satisfacción del hambre y que era la necesidad de identificar el alimento y diferenciar sus cualidades la que revelaba poco a poco el mundo externo.¹⁵⁷ Para poder dar cuenta de este proceso por el cual desde la identificación de los alimentos se llegaría a los demás aspectos de la realidad, era preciso diferenciar el hambre del apetito. Mientras que el hambre se

¹⁵⁵ Ugarte se graduó en 1925 y trabajó en diversos Dispensarios de Lactantes, en la Liga Argentina contra la Tuberculosis, en el Hospital Ramos Mejía. En 1950 fue designado Presidente de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires y al año siguiente Profesor Adjunto Asistente en la Cátedra Puericultura Primera Infancia. Fue asimismo Jefe del Servicio de Puericultura del Hospital T. Álvarez (Ugarte, 1958).

¹⁵⁶ Turró estudió asimismo medicina –carrera que no culminó– para graduarse luego en veterinaria. Mientras vivió en Madrid trabajó como redactor del periódico *El Progreso*. En 1884 regresó a Barcelona donde comenzó a trabajar en el Laboratorio Microbiológico Municipal, del cual llegaría a ser director.

¹⁵⁷ Turró consideraba que la nutrición era la función fundamental de la vida. Por esa razón sus investigaciones se centraron en la psicofisiología del hambre. El fisiólogo español fue partidario de las teorías centralistas, que sostenían que la causa de la sensación de hambre no debía buscarse en las contracciones estomacales sino en una “necesidad psíquica” surgida a fin de reparar las pérdidas del organismo. Su teoría sobre el origen del conocimiento conjugó la preocupación filosófica con la explicación biogenética, nutriéndose de diversos saberes que gozaban de prestigio en su época, a saber: la teoría celular, el método experimental de Claude Bernard, las investigaciones pavlovianas en torno al condicionamiento reflejo y la teoría de la visión de Helmholtz (Esmorís Galán, 2005; Russo, 2010).

conceptualizaba como una necesidad fisiológica indiferenciada, determinada por la ausencia de las sustancias capaces de mantener el equilibrio plasmático de la célula, el apetito pertenecía al dominio intelectual, era específico y resultaba de la llamada “experiencia trófica”. Dicha experiencia consistía en la puesta en relación de los datos sensoriales vinculando el alimento con la sensación orgánica que satisfacía. A través de esa inducción fundamental el individuo llegaba a saber que aquello que impresionaba sus sentidos podía saciar las necesidades de su organismo. La noción de experiencia trófica sostenía la hipótesis de Turró sobre el origen trófico del conocimiento, puesto que mostraba que el descubrimiento del mundo exterior estaba supeditado a la satisfacción del apetito. Asimismo, y a los fines del abordaje médico del problema de la inapetencia psíquica, ponía de manifiesto la complejidad que entrañaba el estudio de la alimentación durante la primera infancia. De acuerdo con el concepto de experiencia trófica, el apetito –verdadero motor de la alimentación– era una sensación condicionada por múltiples vías: la funcionalidad digestiva, las sensaciones gustativas y visuales, el ambiente, la educación y las reacciones globales de la personalidad del niño, vinculadas con la autonomía, la independencia y las simpatías (Escardó, 1940). Esto último explicaba que el rechazo de un plato por su sabor no se produjera simplemente por el recuerdo de su mal sabor, sino que era una respuesta de toda la psicología del niño e incluía una actitud negativa hacia la persona o situación que anteriormente le había ofrecido la misma comida. Bajo esta concepción, la evolución normal del apetito requería un alimento adecuado, la posibilidad mecánica de adquirirlo y cierto placer ligado a su ingesta, sin la interferencia de sensaciones o percepciones que añadiesen dolor o desagrado (Escardó, 1940). La idea de que la experiencia trófica podía ser traumatizada por una intervención inadecuada otorgaba un importante papel al ambiente en la aparición de la inapetencia, si bien no se desatendía al determinismo hereditario.

En efecto, la nerviosidad y la hipersensibilidad constitutivas eran factores predisponentes que, junto con una causa ocasional de índole traumática o tóxica y con la nerviosidad familiar, permitían situar clínicamente a la “inapetencia esencial” (de San Martín, 1939; Escardó, 1940). Vemos reaparecer aquí la hipótesis antes mencionada, de acuerdo con la cual el modo de tratar al niño incidía enormemente en la aparición de los trastornos de conducta. En lo que respecta al entorno familiar, Ugarte (1944) consideraba que su carácter nervioso ocupaba el mayor rol etiológico en la producción de la nerviosidad en el niño, aumentando la sintomatología en los nerviosos constitucionales y creándola en los nacidos normalmente. Es común hallar en la descripción médica del medio que rodeaba al niño anoréxico la presencia de personas nerviosas, agitadas y fácilmente alterables que, además, solían prestar una atención desmedida a las funciones vegetativas del niño. Este hecho modificaba sustancialmente el simple acto de la comida, que, a base de caprichos, chantajes, y castigos físicos, se convertía con el tiempo en “una complicada comparsa emotivo-intelectual” (Escardó, 1940, p. 142). Asimismo, el entorno familiar del inapetente se caracterizaba por la presencia de mimos, ternura desmedida y sobreprotección materna. Al respecto, Escardó (1940) señalaba la recurrencia del hábito de dar de comer en la boca al niño hasta muy tarde, retrasándose así la adquisición de la destreza necesaria para alimentarse solo y lograr cierta independencia. En un plano más general, este mal hábito de algunas madres atentaba contra la autonomía infantil, noción clave del escolanovismo que Escardó recuperaba en sus escritos de esta época sobre temas de índole médico-pedagógica (Rustoyburu, 2012).

Gran parte de los autores solía atribuir la sobreprotección materna al hecho de que el niño era el único hijo y no dejaba de señalar hasta qué punto la compañía de otros niños al momento de la comida era capaz de resolver el problema de la inapetencia.

Además de respaldarse en estudios empíricos que parecían ratificar esta afirmación, San Martín (1939) traía a consideración la situación de las familias porteñas de antaño, cuya prole era mucho más numerosa y en las cuales la anorexia era prácticamente desconocida. Esta particular lectura enlazaba la aparición del desorden alimentario con el problema de la desnatalización, en un contexto de auge de los discursos pronatalistas. En este marco, la interpretación médica antedicha pone de manifiesto la presencia de cierta carga valorativa de signo negativo en torno a las prácticas y costumbres que mostraban los estratos sociales medios y altos, entre las cuales se hallaba el bajo número de hijos. La frecuencia en la aparición de casos de inapetencia de origen nervioso parecía ser asimismo indisociable de las condiciones de vida de dichos sectores en las zonas urbanas. En un artículo publicado en la revista *Hijo mío..!* Florencio Escardó (1936) afirmaba que muchos de los inapetentes “sanos” eran víctimas de la falta de higiene familiar, debida tanto a los errores en la administración de los alimentos o en la disciplina como a la “vida moderna” que había artificializado los hábitos infantiles, modificando los horarios de sueño y cubriendo a los niños de actividades que restringían su permanencia al aire libre. Así, la inapetencia, la constipación, la anemia, la irritabilidad, el insomnio y otros tantos trastornos derivaban según el autor de una vida alejada de “lo natural”. En esta línea, Alzúa (1939) sostenía que los diversos trastornos vinculados con la alimentación y la digestión se debían a cierta imposibilidad del niño –determinada por la herencia– para adaptarse al ambiente de la ciudad con sus ruidos incesantes, sus ambientes insalubres y el aturdimiento que provocaban las publicidades y el cine.

Los tres factores causales antes mencionados (la nerviosidad constitucional, la causa ocasional y el ambiente), combinados en distinta proporción según el caso, eran contemplados en una terapéutica basada en tres grandes acciones: modificaciones

dietéticas consistentes en formular un régimen adecuado a la edad, variado y equilibrado, administración de calmantes en los casos más difíciles y establecimiento de normas educativas. Siguiendo a Czerny, Escardó proponía en algunos casos el traslado del niño a otra casa o a un establecimiento especial, con el fin de romper la perniciosa vinculación psicopedagógica con su familia:

La rotura del vínculo familiar es esencial; nuestra observación de años demuestra que en la sala de Neurología del Hospital de Niños (...) la inapetencia no existe, y eso que el menú no es seductor, ni como variedad ni como presentación, pero sucede que allí los pequeños, o comen o ayunan; no hay posibilidad de discusión o mimos. Y todos aumentan de peso (Escardó, 1940, pp. 169-170).

En su artículo sobre la anorexia infantil y adhiriendo a los votos propuestos por el Congreso Internacional de Pediatría realizado en Roma en 1937, San Martín (1939) sostenía que en lo atinente a la profilaxis y la curación de las enfermedades neuropsíquicas infantiles la solución estribaba fundamentalmente en una buena educación del niño desde su nacimiento. Para algunos médicos como Pedro Escudero (1939) esto incluía enseñar al niño a comer iniciándolo progresivamente en la gustación de diversos alimentos para que pudiese experimentar diferentes sabores y texturas. Muchos casos de inapetencia se debían, según este autor, al hecho de que el niño no sabía comer y constituían la expresión más común de una mala nutrición.¹⁵⁸

¹⁵⁸ La educación alimenticia propuesta por Escudero iniciaba desde los primeros días de vida con el consumo de agua por biberón. A partir del segundo mes, y de modo progresivo, se incorporaban jugo de naranja, papilla de sémola, caldo, jugo de carne, yema de huevo, galletitas, frutas y puré. De acuerdo con este plan, el niño debía festejar su primer año de vida comiendo el primer bocado de carne asada. Esta propuesta descansaba en una ley ("Ley de la Materia") que Escudero había establecido con respecto al crecimiento y desarrollo, según la cual la posibilidad, el ritmo y la forma del crecimiento estaban supeditados a los caracteres de la alimentación (Escudero, 1941, p. 68).

La propuesta de Escudero en torno a la educación alimenticia del lactante no parece haber tenido una amplia recepción entre los pediatras. A juicio de Escardó (1940), las indicaciones de Escudero debían contemplar la tolerancia digestivo-alimenticia del niño.

Como vimos, la hipótesis subyacente a la mayoría de las prescripciones basadas en la educación atribuía la anorexia a estímulos ambientales desagradables que propiciaban la formación de una respuesta condicionada de rechazo del alimento, poniendo de ese modo el acento en el poder del ambiente en la estructuración de las conductas. Asimismo, era solidaria de la representación del psiquismo infantil como una instancia directamente influenciada por el ambiente, aun cuando estaba determinada por su herencia. La mirada de los expertos sobre el niño interpelaba entonces a la familia, en la que parecía radicar tanto el origen de los males como la esperanza de su transformación (Vezzetti, 1986). Si bien las opiniones diferían en lo tocante a cómo entender la educación, todas coincidían en afirmar que en la crianza del niño era fundamental el respeto por la autoridad del médico, vehiculizada a través de la autoridad materna. En otras palabras, era el pediatra quien pautaba el horario de las comidas, la composición de la dieta y la técnica de administración del alimento. Por su parte, la madre debía respetar sus indicaciones e imponer autoridad al niño, evitando ceder ante sus caprichos.¹⁵⁹ Los médicos que estudiaban el problema de la anorexia mental ponían el acento en la necesidad de educar el apetito del niño, promoviendo un condicionamiento positivo y evitando los condicionamientos negativos que condujeran a rechazar el alimento. Este planteo incluía algunos matices, dados por reflexiones como la de Florencio Escardó acerca de la necesidad de promover la autonomía infantil. Pero, en líneas generales, configuraba una interpretación que, recurriendo a un saber psicológico que descansaba en la teoría pavloviana del condicionamiento reflejo, ponía de manifiesto el carácter moldeable del comportamiento infantil y la necesidad de una activa intervención por parte del adulto con el fin de educar el apetito del niño. Este énfasis del discurso médico en la imposición de la autoridad del adulto sobre el niño

¹⁵⁹ Una de las recomendaciones más paradigmáticas al respecto era la de respetar los horarios estipulados para las comidas. La regulación temporal era tan importante que si el niño rechazaba una comida la madre debía retirar el plato sin retos ni comentarios dejándolo en ayunas hasta la siguiente comida.

puede articularse con ciertas representaciones en torno de la infancia y la familia dominantes en los años treinta, que ponían el acento en la socialización basada en el respeto por la autoridad paterna y en la familia nuclear como origen del orden social.¹⁶⁰

5.1.2. La inapetencia como problema biopsicosocial

Los años de 1950 muestran algunas modificaciones significativas en el modo de conceptualizar la anorexia psíquica y, a través suyo, el desarrollo del niño de primera infancia. Uno de los autores que ya desde la década anterior se había ocupado del tema fue Fernando Ugarte. En 1952, en su tesis de profesorado, abordó el problema en el marco del estudio de una modalidad particular de la conducta, llamada “conducta alimentaria”. Ugarte conceptualizaba la conducta como la totalidad de reacciones del niño a las distintas manifestaciones del ambiente, que se vinculaba con su desarrollo, maduración y aprendizaje. La conducta alimentaria estaba influida por mecanismos biológicos, psíquicos y sociales y era central en los primeros meses de vida, puesto que la finalidad predominante en este período era la nutrición. El conocimiento de la maduración psíquica de la conducta alimentaria era, según el autor, de suma importancia para los pediatras y puericultores, que debían ocuparse de las alteraciones psíquicas del mismo modo que atendían a las alteraciones físicas. Para dar cuenta de la centralidad que cabía atribuir a la conducta alimentaria, Ugarte retomaba los desarrollos de Turró sobre el origen trófico del conocimiento, señalando que las impresiones que más rápidamente aparecían definidas en la conciencia no eran las que actuaban con mayor persistencia sobre los sentidos, sino las que se daban de manera coincidente con la satisfacción del hambre. Sin embargo advertía que, si bien la teoría pavloviana del reflejo condicionado era útil para explicar de qué modo ciertos errores en la

¹⁶⁰ Al respecto, véase el cuarto capítulo de esta tesis.

alimentación podían traumatizar la experiencia trófica ocasionando reacciones anormales, demostraba ser insuficiente para dar cuenta de la psicología del niño. En este punto el psicoanálisis cobraba relevancia como una teoría capaz de explicar la complejidad de los fenómenos psicológicos, complementando al enfoque pavloviano centrado en el nivel fisiológico. Como ha mostrado Luciano García (2012), esta idea propició ciertos desarrollos en el campo de la psiquiatría local que desde mediados de la década de 1930 vincularon la teoría de Pavlov con las ideas de Freud, abordando de manera simultánea lo psicológico y lo biológico y procurando superar así la dicotomía mente-cuerpo. En el caso que nos ocupa, Ugarte (1950) sostenía que los conceptos psicoanalíticos referidos al desarrollo de la sexualidad infantil brindaban nuevas y seguras bases para intentar responder a los problemas prácticos que entrañaba la asistencia al niño de primera infancia:

En la maduración de la conducta alimentaria existe un factor, poco valorizado, y que dadas las íntimas conexiones con dicha conducta, no puede ser dejado de tener en cuenta, me refiero específicamente al desarrollo de la sexualidad infantil, cuya teoría sustentada por la escuela psico-analítica, abre amplios rumbos en el conocimiento de la conducta alimentaria del niño (Ugarte, 1952, p. 17).

En la fase oral, la conexión existente entre la alimentación del lactante y su satisfacción sexual a través del chupeteo era, según el autor, un punto problemático, por sus posibles repercusiones a nivel de la nutrición. En efecto, tanto la represión de los instintos sexuales como su estimulación a través del uso del chupete, podían inhibir la función autoconservadora del niño, es decir, el acto de comer. En el segundo caso, el chupeteo exagerado producía una exacerbación de la sensación placentera que entorpecía las primeras experiencias del lactante con el pezón. Estas experiencias debían mantenerse porque permitían asegurar el instinto de autoconservación. Al darle el

chupete, y más aún si éste estaba recubierto con miel u otra sustancia dulce, se corría el riesgo de que las experiencias nutritivas no se fijaran y se produjera el rechazo del alimento. Por ello era preciso que la función alimentaria se desarrollase de manera armónica junto con la función placentera. Esto requería una educación de la conducta alimentaria que comenzara tempranamente, y cuya finalidad fuera lograr que el niño coma con goce:

El niño que no ha sentido gusto o satisfacción mientras recibió alimento, o que ha padecido de sufrimientos o penas, o que ha sufrido indebidamente hambre, está propenso en convertirse y de continuar siendo un verdadero problema de alimentación. Una actitud poco comprensiva por parte de la madre para con los hábitos de alimentarse del niño, o para con su falta de coordinación muscular y la consiguiente falta de apetito, pueden dar por resultado el rechazo de ciertos alimentos durante toda la vida. El niño que toma bien su alimento ha sido bendecido con una madre comprensiva (Ugarte, 1952, p. 87).

La cita permite apreciar la referencia al goce en la alimentación. Este tema había sido abordado previamente bajo la idea de cierto “timbre hedónico” ligado a las propiedades del alimento –su temperatura, sabor y punto de cocción–, que aseguraba la evolución normal del apetito (Escardó, 1940). Sin embargo, si bien es claro que gran parte del goce de comer radicaba en las cualidades del alimento, el planteo de Ugarte consideraba además la dinámica propia de la sexualidad infantil y el monto de placer puesto en juego en la succión, elementos que complejizaban el análisis médico del fenómeno de la inapetencia psíquica y, por ende, del desarrollo infantil. Al respecto es interesante sumar el planteo de Lea Rivelis, autora de la que nos ocupamos en el capítulo anterior. En sus colaboraciones para la revista *Nuestros hijos*, esta pediatra discípula de Garrahan abordó asimismo el tema del componente pulsional ligado a la

nutrición. Pero, a diferencia de Ugarte, Rivelis (1956a) se apoyaba en Margaret Ribble para plantear la necesidad de respetar “el derecho de succión” del lactante en sus primeros meses de vida, vale decir, su derecho a ejercer libremente dicho instinto, que constituía la actividad más urgente y gratificadora, mediante la cual el niño cumplía necesidades psicológicas importantes para la integración del psiquismo y la experiencia con el mundo exterior. Rivelis sostenía que, satisfecha la necesidad de alimento, quedaba un remanente, una necesidad de succión que igualmente debía ser satisfecha con el fin de reducir la tensión muscular y regularizar la respiración, condiciones necesarias para relajarse y caer en un sueño profundo. El enfoque propuesto por Ribble y retomado por Rivelis señalaba que el niño no debía ser frustrado ni sufrir privación; que sus impulsos naturales no debían reprimirse para no ocasionar una tensión nerviosa exagerada y estimular la formación de hábitos y mecanismos defensivos que alteraran el desarrollo “normal”. En ese sentido, un chupete limpio no representaba en modo alguno un mal hábito ni era indicio de mala crianza.¹⁶¹ Se trataba más bien de un vehículo apto para que el niño pudiese saciar su necesidad de succión. Ahora bien, Rivelis iba un paso más allá al plantear que en la lactancia “natural” coincidían la necesidad de alimento con la de succión y el bebé satisfacía ambas al mismo tiempo, ingiriendo primero leche y utilizando luego el pezón como un chupete. Así concebido, el amamantamiento constituía un acto capaz de satisfacer del modo más cabal los requerimientos nutricionales y psicológicos del bebé:

¹⁶¹ El uso de chupete fue un tema tradicionalmente tratado por los médicos en sus consejos de crianza. Puede afirmarse que, en las primeras décadas del período indagado en esta tesis, las opiniones de los expertos coincidían en condenarlo, de igual modo que la succión de los propios dedos, por tratarse de hábitos antihigiénicos que podían ocasionar deformaciones de la cavidad bucal. Al respecto, véanse, entre otros, El chupete. (1935, julio). *Madre y Niño*, 25; Bauzá, J. (1937, julio). El chupete ¿debe usarse o no? *Hijo mío..!*, 212-213;268; y Argüello, P. (1937, febrero). ¿Por qué los chicos se chupan el dedo? *Hijo mío..!*,710-711;744-745.

Probablemente, la succión que lleva en el acto de la alimentación a la unión del niño con su madre, va haciendo nacer en él la simiente del fuerte sentimiento afectivo que les unirá toda la vida. La madre se convierte así para su hijo, en dispensadora de alimento y placer, y el bienestar que éste sienta en los primeros meses de su vida, contribuirá a fortalecer su sentimiento de seguridad y a fomentar una actitud psicológica adecuada frente a sí mismo y en relación a los demás (Rivelis, 1956a, p. 82).

En contraposición con esto, los niños alimentados artificialmente satisfacían su necesidad de alimento pero no su deseo de succión: luego de vaciar el contenido del biberón no podían continuar succionando de la tetina, ya que aspiraban aire. Por ende, quedaba en ellos un remanente de tensión que buscaba aliviarse por medio del uso del chupete o la succión de los dedos.

Rivelis presentaba una lectura fuertemente afectivizada y “psicologizada” de la nutrición, que privilegiaba a todas luces la lactancia materna. Su enfoque seguía la línea de los discursos que en décadas previas valorizaban la alimentación a pecho por las cualidades nutritivas de la leche humana, añadiendo una perspectiva novedosa que, con Ribble, venía a plantear que “la alimentación a pecho produce inmunización contra la ansiedad, y esto es aún más importante que la protección química que se supone proporciona al niño” (Ribble, 1968, p. 172). Puede conjeturarse entonces que, si bien la lactancia materna no perdió relevancia en el discurso médico, éste tendió a otorgar cada vez más importancia al sustrato afectivo y vincular que entrañaba, atribuyéndole un valor extra como sostén afectivo del niño y estructurador de su personalidad (J. P. Garrahan, 1956a, p. 188). Así, a fines de la década del cincuenta, Escardó (1957b) no vacilaba en afirmar que la alimentación planteaba, además de los problemas dietológicos, problemas de maduración, de adaptación y de relación interpersonal. El

acto de amamantar debía considerarse entonces como un hecho afectivo, es decir, un intercambio de sensaciones placenteras entre la madre y el hijo.

Además del tópico del placer ligado a la nutrición, la cita de Ugarte retomada anteriormente (p. 326) permite advertir la importancia atribuida al respeto por la individualidad del niño, más allá de las normas pautadas rígidamente por el médico. Ugarte seguía en este punto a Gesell y, al igual que él, atribuía un rol central a la capacidad de la madre de comprender al niño y adaptarse a su modo de ser. En este marco, Gesell proponía un régimen de crianza “por autodemanda”, es decir, basado más en las necesidades del organismo que en las conveniencias socioculturales. Como hemos visto, esto no implicaba una crianza del estilo “laissez faire”, sino que la cultura –encarnada en los primeros tiempos por la madre– debía intervenir ayudando, dirigiendo, postergando y estimulando las conductas, aunque siempre en relación con el equipo de conducta y el estado de madurez del niño (Gesell & Ilg, 1960).¹⁶² Pero mientras que el régimen por autodemanda parecía haber dado buenos resultados en los Estados Unidos, Ugarte (1952) se inclinaba por dar pautas generales con respecto a los horarios para la alimentación, dado que en virtud de las particularidades raciales y de “emotividad” del contexto local existía una tendencia a acortar demasiado el intervalo entre las comidas.¹⁶³

Otro de los autores que abordaron el tema de la alimentación infantil y sus desórdenes fue Garrahan. En sus desarrollos correspondientes a la segunda mitad de la década del cincuenta, el autor no dejaba de lado la importancia de la teoría de la nutrición, que pautaba la cantidad y la calidad del alimento necesarias para el ser

¹⁶² Al respecto, véase el cuarto capítulo de esta tesis.

¹⁶³ Otros médicos, sin embargo, se mostraban a favor de la alimentación por autodemanda. Consideraban que no se trataba de “poner al niño pecho cada vez que llora”, sino que la madre debía (y podía, con práctica e instrucción por parte del médico) reconocer el llanto por hambre. Asimismo, la técnica resultaba ventajosa puesto que, luego de unos pocos días en los que el niño mamaba a intervalos cortos, llegaba a estabilizarse en un ritmo diurno de cuatro horas entre lactadas, con una pausa nocturna de siete u ocho horas (Bellora, 1955).

humano. Sin embargo, consideraba que debían tenerse en cuenta las variantes individuales y los factores psíquicos que incidían en la determinación del apetito. Así, en lo respectivo al horario, descartaba el método de imponerlo desde el nacimiento y respetarlo rigurosamente con el objeto de formar en el niño hábitos acordes a la vida familiar y social. Dado que esto podía conducir a la inapetencia rebelde, parecía más razonable flexibilizar las pautas horarias a través de una alimentación que respondiera al apetito del lactante. Esta discusión sobre la regulación temporal de la alimentación se inscribía en un debate más amplio que enfrentaba dos formas de entender y practicar la puericultura: la forma clásica, abocada al estudio de la anatomofisiología y de las exigencias de nutrición y cuidado con el fin de impartir prescripciones rígidas, y la “nueva puericultura” propuesta por Garrahan, que adaptaba los consejos y las pautas de crianza a la particularidad psicofísica de cada niño y a las variables emocionales.¹⁶⁴ En lo relativo a la inapetencia, el autor sostenía que en la mayoría de los casos dicho cuadro se debía a la mala técnica alimentaria y al ambiente perjudicial. La principal falla técnica consistía en forzar al niño a que coma, conducta que provenía precisamente del empeño de la vieja puericultura por satisfacer los requerimientos alimenticios, fijar horarios y lograr el aumento de peso. Era esta conducta de forzamiento la que motivaba en el niño la reacción de rechazo y negativismo que más tarde irradiaba hacia otros sectores de la conducta. Además, creaba en torno suyo una atmósfera de inseguridad y ansiedad –producto del incontrolado estado de ánimo de los padres– que terminaba causándole tensión emocional (J. P. Garrahan, 1956b). A mediados de la década de 1950, Garrahan representaba una postura que se apartaba de las tablas de control del peso y de los horarios inflexibles para promover la aceptación y el disfrute del hijo “tal

¹⁶⁴ Al respecto, véase el cuarto capítulo de esta tesis.

cual era” y contemplar la dimensión psicológica imbricada en el crecimiento y desarrollo físico:

La técnica alimentaria del niño cumplida en toda su amplitud, sin descuidar los dichos aspectos psicológicos (...) no siempre logrará que el tamaño, el aspecto y el estado nutritivo de los hijos lleguen a ser tal cual lo desean sus padres, pero contribuirá sin dudas a que sean lo que deban ser, sin que se les perturbe su salud y su modo normal de actuar, y a que alcancen en su futuro una más equilibrada personalidad (J. P. Garrahan, 1956a, p. 188).

Las ideas de autores como Garrahan, Rivelis y Ugarte en torno a la inapetencia de origen psíquico permiten apreciar una suerte de reconfiguración en lo relativo a las causas del problema. Sin eclipsar por completo las explicaciones que atribuían un importante papel al determinismo hereditario o a las fallas de higiene, es posible advertir que los rasgos propios del niño y la dinámica del vínculo con su madre parecían ocupar progresivamente el centro de la escena. A diferencia de propuestas como la de Cameron, que hacían recaer el peso de la causalidad en el modo como los adultos trataban al niño, esta perspectiva seguía ubicando al ambiente en un lugar primordial en la causación de la inapetencia, pero su influencia parecía radicar en el grado de adecuación a la personalidad del niño. Así, la inapetencia de origen psíquico se planteaba como la resultante de un estado conflictual del niño con el ambiente familiar (de Matera, 1955). La idea de un psiquismo infantil completamente moldeable por el entorno quedaba así desplazada por aquella otra que ponía el acento en la individualidad del niño y en la singularidad de sus ritmos madurativos. Tal como ha señalado Borinsky (2009), este hecho formaría parte del proceso de construcción de una mirada psicológica, centrada en el afecto, como principio explicativo de los trastornos infantiles.

Esta reconfiguración en el modo de interpretar el trastorno alimentario y, en un plano más general, el desarrollo infantil puede asimismo situarse en la obra de Florencio Escardó, uno de los autores que más se ocupó del tema de la inapetencia durante el período estudiado. En 1940, en *La inapetencia infantil*, Escardó examinaba el problema haciendo foco en la familia del pequeño inapetente. Basándose en los principios de la higiene mental, señalaba que toda anorexia de causa extraorgánica debía hacer sospechar un desequilibrio entre el niño y su atmósfera familiar, del que resultaban alteraciones psíquicas debidas a la influencia de un entorno emotiva y pedagógicamente desequilibrado. De allí se derivaba la indicación terapéutica de separar al niño de su familia y trasladarlo a un ámbito diferente, en lo posible rodeado de otros niños. Durante la década siguiente, la mirada de Escardó siguió posada en la familia, aunque desde una perspectiva renovada que, a tono con los tiempos que corrían, incluía aportes de la sociología, la antropología y los saberes “psi”. En 1954 publicó *Anatomía de la Familia*, texto de divulgación que inauguraría un nuevo modelo de abordaje de las enfermedades infantiles como enfermedades de la familia. Como mencionamos anteriormente, Escardó conceptualizaba a la familia como un sistema biopsicosocial asimilable a un organismo vivo con una actividad elástica, que se modificaba permanentemente en función del estado anímico de sus miembros. Esta utilización de una metáfora biológica para caracterizar un hecho social abrevaba en el funcionalismo, perspectiva representada en el campo de la antropología por Radcliffe-Brown y en la sociología por Durkheim y Parsons, entre otros. Se trataba de un enfoque que empleaba un modelo de análisis de tipo orgánico, derivado de la analogía entre sociedades y organismos que puede hallarse en autores como Herbert Spencer o Claude Bernard. Por medio de este enfoque, la lectura de Escardó tendía a naturalizar la organización familiar, si bien el autor afirmaba que existían diversos modos de organización de la

familia en función de las características de cada sociedad, y que ninguno de ellos era imprescindible. En este marco, Escardó situaba una serie de propósitos o funciones de la familia (función-madre, función-padre, función-hijo, función-hermano), encarnadas en conductas que correspondían a cada uno de sus miembros. De acuerdo con la perspectiva funcionalista, debía existir una correspondencia entre los efectos de las conductas humanas y las necesidades de la estructura social (Rex, 1968). En el caso de la familia, su función era, según el autor, “producir seres humanos eficientes y equilibrados” (Escardó, 1962, p. 62).¹⁶⁵

A partir de esta concepción de familia, Escardó señalaba que los conflictos que perturbaban la vida familiar y se traducían en problemas de conducta o expresiones somáticas diversas, se debían no a la falta o exceso de afecto sino a su defectuosa distribución. Según el autor, la familia era un organismo “fisiológicamente débil”, cuyo equilibrio se alteraba con la presencia de un niño, desembocando en una enfermedad de la familia como estructura jerárquica. Aparecían entonces fenómenos correspondientes a cualquier enfermedad: limitación de la libertad, aumento de tensión emotiva, embotamiento de la capacidad de reflexión. El afecto era, de hecho, un factor de suma importancia en esta lectura del funcionamiento familiar, lo cual se advierte en el caso de la alimentación a través de la insistencia en la premisa según la cual el niño debía comer con gusto. Desde esta mirada centrada en el afecto, el placer en la ingestión no era ya

¹⁶⁵ Una de las acepciones del término “función” más utilizadas por la sociología ha sido precisamente la que establece que una determinada función es imprescindible para la supervivencia de la estructura social. El problema, como ha señalado John Rex (1968), radica en si es posible demostrar que ciertos procesos son esenciales para la supervivencia de la sociedad. Si se consideran “funcionales” ciertas actividades que, de no realizarse, implican el derrumbe o el desplazamiento temporal de la estructura, el riesgo es interpretar como tales aquellas actividades que se ajustan a los objetivos y valores del investigador y presentarlas como esenciales para la supervivencia de la sociedad. Al respecto, Canguilhem (2004), ha hecho notar que la usual asimilación de la sociedad a un organismo entraña el riesgo de subordinar lo social a lo biológico y pretender hallar un “remedio” a los males sociales. El problema en este punto es que, a diferencia del organismo en el que la existencia misma supone una regla o norma, la sociedad no tiene un ideal o una norma claramente definida. Es un medio, una herramienta, y no un organismo con una finalidad y un sistema especializado de aparatos de regulación. Es claro que la sociedad supone y reclama regulaciones, pero lo que falta en ella, dirá Canguilhem, es la autorregulación. De allí que pueda pensarse que el estado “normal” de una sociedad esté más cercano al desorden y la crisis que al orden y la armonía.

atribuido a las propiedades del alimento sino a la capacidad de la madre de cumplir con el deber que entrañaba su función. Retomando los aportes de John Bowlby sobre las consecuencias psíquicas de la llamada “carencia afectiva”, Escardó planteaba que era responsabilidad de la madre dar al niño seguridad afectiva en el marco de una relación positiva que lo considerara una prolongación de su propia personalidad. La posibilidad de gozar de la experiencia nutritiva en el seno de un vínculo íntimo y satisfactorio tanto para el niño como para su madre quedaba de ese modo supeditada a la capacidad materna de prodigar al hijo cuidados adecuados desde el punto de vista cualitativo.

Además de considerar los factores dietológicos, fisiológicos y de maduración neuromotriz –presentes ya en sus producciones anteriores–, Escardó abordaba el problema de la inapetencia como una alteración del acto de comer en tanto fenómeno social. La rebeldía del niño y su rechazo del alimento eran, ante todo, actitudes “antisociales” rara vez sancionadas por la familia. En efecto, en lugar de reacondicionar el apetito haciéndolo esperar hasta la próxima comida, la familia solía cambiar el menú en busca de otro que agradase el niño o bien le ofrecía la comida por fuera de horario. Esto conducía a una distorsión en el funcionamiento familiar dada por la inversión de la situación jerárquica del niño y la imposición de sus caprichos frente a la voluntad de los padres. Era precisamente en esta alteración de la función-hijo al interior de la familia en la que radicaba el verdadero problema: el niño no estaba enfermo del hambre sino de su ubicación afectiva al interior de la familia; lo que rehusaba no era la comida sino su papel de hijo y su ubicación en el cuadro familiar (Escardó, 1962). En suma, la inapetencia y los caprichos alimenticios no eran otra cosa que el símbolo de una alteración social intrafamiliar (Escardó, 1957b), cuyos alcances iban más allá de ese pequeño núcleo de socialización y crianza, toda vez que la función primordial de la

familia era formar sujetos productivos, respetuosos de las pautas sociales y emocionalmente equilibrados.

Si bien los autores retomados en este apartado difieren entre sí en algunos aspectos de su planteo, concuerdan en ciertos puntos nodales que ilustran la reconfiguración delineada hacia los años cincuenta en el marco de un proceso más amplio que tuvo lugar en Occidente luego de la Segunda Guerra Mundial. Dicho proceso implicó una nueva forma de concebir los problemas infantiles y, por ende, el desarrollo “normal”. Así, si hasta entonces predominaba la idea de que el comportamiento del niño era el resultado de predisposiciones heredadas y de una serie de hábitos adquiridos por medio de estímulos del entorno, en este momento la mirada de un sector de la pediatría se posó sobre la familia entendida como un conjunto de relaciones. El panorama abierto en el contexto de la Segunda Posguerra implicó, como veremos en el próximo apartado, una concepción de salud mental en la cual la capacidad de vincularse armónicamente con otros seres humanos revistió una importancia clave y constituyó uno de los indicadores más significativos de una “buena crianza”. La familia nuclear continuó desempeñando un rol primordial como espacio de socialización, de suerte tal que la inadaptación infantil sería reconducida a la presencia de ciertas “fallas” en su economía emocional (Rose, 1990). Es preciso no obstante señalar que, en lo que respecta al problema de la inapetencia psíquica, no podríamos afirmar que estas consideraciones fueron francamente dominantes en el campo pediátrico local. Prueba de ello son los diversos tratamientos farmacológicos que, sin dejar de lado el tratamiento “pedagógico”, proponían abordar la anorexia nerviosa por medio de la combinación de tranquilizantes o barbitúricos (reserpina, clorpromazina, fenobarbital, entre otros) y vitaminas (de San Martín & Rosso, 1955; J. P. Garrahan, 1955b; Ortega & Michelli, 1959). Esto pone de manifiesto el alcance acotado que

tuvieron ciertos planteos “renovadores” al interior de la medicina en el período aquí indagado.

Por fuera de los casos de anorexia mental, una de las causas de inapetencia más comunes era la denominada “distrofia del desarrollo” (Baranchuk, 1943). A continuación examinaremos de qué modo dicho trastorno fue conceptualizado a lo largo de las décadas aquí exploradas y el rol que desempeñó el factor psíquico en su causación.

5.2. Las desviaciones del desarrollo: nutrición y “asistencia psíquica”

En este apartado intentaremos sistematizar algunas ideas relativas al problema de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo del lactante, tal como se plantearon en el campo médico. La denominada “distrofia”¹⁶⁶ fue uno de los capítulos que mayores disensos ocasionó en el seno de la pediatría (Larguía, 1952). Caracterizada como “*un estado y no una entidad mórbida o enfermedad definida* que afecte un órgano o sistema” (Del Carril, de Elizalde, & Larguía, 1951, p. 203, en cursiva en el original), no poseía un agente etiológico específico ni era posible indicar un tratamiento aplicable a todos los casos. Este hecho, que complejizaba tanto el diagnóstico como el pronóstico y el tratamiento, resulta de interés al momento de situar, por un lado, los cambios producidos a lo largo del tiempo en su concepción y, por otro lado, el lugar otorgado a los factores psíquicos en su etiología. Podrá observarse que si bien la consideración de los pediatras sobre la causalidad de estos trastornos otorgó un lugar preponderante a la nutrición, hacia el final del período aquí analizado cobró especial relevancia la incidencia del ambiente, compuesto por factores psicoafectivos y socioeconómicos.

¹⁶⁶ Etimológicamente, el vocablo “distrofia” significa desviación o alteración del trofismo o nutrición.

Hasta principios del siglo XX los frecuentes cuadros de diarrea, vómitos y adelgazamiento que padecían los lactantes eran considerados enfermedades netamente gastrointestinales conducentes a un cuadro de caquexia¹⁶⁷ progresiva y desnutrición que Parrot denominó “atrepsia” (Larguía, 1952).¹⁶⁸ Estos cuadros constituían un serio problema para la medicina social, dado el elevado número de muertes que ocasionaban, y motivaron una serie de estudios orientados fundamentalmente a detectar los gérmenes que los causaban. Con el tiempo y ante los resultados poco beneficiosos de las prácticas de esterilización, el interés por la bacteriología se desplazó hacia la indagación de los procesos metabólicos, a partir de los aportes de la ciencia de la nutrición, de la fisiología y de la química biológica. En este punto cobraron especial relevancia los desarrollos de la pediatría alemana representada fundamentalmente por Adalbert Czerny y Heinrich Finkelstein. El lactante con estos trastornos ya no sería considerado un enfermo del aparato digestivo, sino un niño con alteraciones en el proceso general de la nutrición. La preocupación de los médicos pasó del “examen del pañal” al esclarecimiento de las necesidades nutritivas del niño y su metabolismo y la necesidad de establecer un régimen alimenticio lo más completo posible. En esa dirección, en la segunda década del siglo XX comenzó a difundirse el término “trastorno nutritivo”, acuñado por Czerny. Este autor definió tres factores causales principales: alimentación, constitución e infección. Finkelstein, por su parte, restó importancia a la infección intestinal exaltando la primacía del daño por alimento y la consecuente necesidad de establecer un régimen alimenticio lo más completo posible. Sus ideas constituyeron una referencia

¹⁶⁷ Se denomina “caquexia” al estado de desnutrición, atrofia muscular, fatiga, debilidad y anorexia, que se produce, por lo común, a consecuencia de cáncer o de alguna enfermedad infecciosa o autoinmune.

¹⁶⁸ En el contexto local, la vasta influencia de la medicina francesa determinó que la clasificación adoptada por los pediatras durante las primeras décadas del siglo pasado fuera la propuesta en 1900 por Antoine Marfan. Dicha nosografía comprendía cuatro grupos de procesos: los trastornos funcionales o con alteraciones anatómicas ligeras (constipación, dispepsia), las afecciones inflamatorias, los trastornos funcionales con episodios inflamatorios y las distrofias originadas por afecciones prolongadas del tracto gastrointestinal (atrofia y atrepsia) (P. de Elizalde, 1942).

indiscutida sobre los trastornos nutritivos del lactante hasta entrados los años de 1930 (P. de Elizalde, 1942).¹⁶⁹

Los hallazgos en torno a los procesos químicos ligados a la nutrición infantil dieron mayor sustento al discurso médico sobre los beneficios de la lactancia materna, que ya desde fines del siglo XIX pautaba que la lactancia artificial era riesgosa por la posibilidad de portar microbios causantes de diversas enfermedades, y que la composición de la leche de mujer era más acorde a las capacidades digestivas de los órganos del niño (Aráoz Alfaro, 1899). A mediados de los años treinta, los aportes de la fisiología de la nutrición brindaban un mayor sustento a la prescripción de la lactancia “natural”, puesto que permitían afirmar que la leche de mujer contenía las enzimas digestivas necesarias para metabolizar el alimento, minimizando así el riesgo de desnutrición (Pereira Ramírez & Giacosa, 1936). Asimismo, la composición del alimento “natural” facilitaba la formación de anticuerpos que protegerían al lactante de las tan temidas infecciones (J. P. Garrahan, 1941; Schweizer, 1940). Sin embargo, en las décadas siguientes se observó que la aparición de distrofia no estaba rigurosamente supeditada a la alimentación artificial (J. P. Garrahan, Abeyá, & Bekei, 1952), hecho que, sin embargo, no fue en desmedro de la promoción de la lactancia materna. En efecto, como vimos en el apartado anterior, ésta fue considerada de vital importancia, aunque no desde lo estrictamente nutritivo sino, sobre todo, desde el punto de vista de la estructuración psicológica del pequeño.

Las fuentes relevadas muestran una marcada influencia de las ideas provenientes de la pediatría alemana en los autores locales, que se mantiene hasta la década del cuarenta. A partir de ese momento comienza a abandonarse la idea de una enfermedad producida únicamente como consecuencia de la alteración de la función nutritiva. En

¹⁶⁹ La clasificación propuesta por Finkelstein, que dividía los trastornos nutritivos en distrofias, atrofas, dispepsias y toxicosis fue durante muchos años la más aceptada entre los pediatras locales por su sencillez y basamento clínico (P. de Elizalde, 1942; Larguía, 1952).

1939, Slech y Perelman ampliaban la clasificación de Czerny –que contemplaba un origen alimenticio, infeccioso o congénito– a partir de lo propuesto por el pediatra cordobés José María Valdéz¹⁷⁰, quien añadía al espectro etiológico la categoría “falta de higiene”. Esta incluía la falta de asistencia física (luz, aire, temperatura) y la falta de asistencia psíquica, que venía dada por los cuidados y el cariño. De todos modos, y a partir de sus observaciones en 5000 niños asistentes a Dispensarios de Lactantes, Slech y Perelman planteaban que si bien clínicamente el cuadro podía clasificarse con gran exactitud, etiológicamente el panorama era complejo: el trastorno nutritivo crónico podía ser producido por numerosos factores, por lo cual era preciso en muchos casos considerar solo el factor predominante. Y en este punto, los resultados de su relevamiento mostraban un claro predominio de las causas alimenticias (Slech & Perelman, 1939). Este hecho muestra que, aun cuando se ampliara el espectro causal para incorporar la dimensión psíquica, seguía siendo mayoritaria la postura que atribuía al factor alimenticio un papel determinante.

En los años cuarenta los médicos locales retomaron el concepto de “disontia” que Georg Bessau¹⁷¹ había propuesto en la década anterior con el fin de ampliar el concepto de “trastorno nutritivo” de Czerny. La noción de “disontia” –neologismo que, etimológicamente, designaba una suerte de *dis-estado*– destacaba el hecho de que las alteraciones funcionales que provocaba el trastorno rebasaban el plano de la nutrición. La distrofia era caracterizada entonces como una alteración del estado general y nutritivo del lactante en su doble faz, corporal (disminución del peso) y funcional. Esto último daba lugar a la “disergia” o “trastorno de la vitalidad”, un conjunto de

¹⁷⁰ José María Valdéz fue Prof. Titular de la Cátedra de Pediatría de la Universidad Nacional de Córdoba entre 1931 y 1952. En 1938 viajó a Alemania donde realizó una concurrencia en Berlín, en el Servicio del Prof. Bessau (Soler, s/f).

¹⁷¹ Bessau (1884-1944) estudió medicina en Breslau, Wurzburg y Berna. En los años veinte fue Profesor en las Universidades de Marburgo y Leipzig. En 1932 sucedió a Czerny en la cátedra de Pediatría en la Charité de Berlín, cargo al que debió renunciar en 1933 tras la sanción de las leyes raciales. En 1935 asumió la presidencia de la Sociedad de Pediatría de Berlín.

modificaciones anatómicas y metabólicas que ocasionaban la alteración de las funciones vitales, lo cual se traducía en predisposición a las infecciones, a las diarreas y a los edemas. Era precisamente la disergia la que ofrecía la semiología necesaria para reconocer el trastorno nutritivo (Schweizer, 1940) y definía a su vez la gravedad y el pronóstico de la disontia (Gaing, 1941, 1942).

Con el aporte de Bessau fue cada vez más aceptado que los agentes etiológicos fundamentales de la disontia eran tanto la constitución y la condición del niño al nacer, como los factores exógenos, a saber: los errores alimenticios, las enfermedades infecciosas y las fallas del ambiente y del cuidado (Schweizer, 1940). Si bien la génesis alimentaria continuaba siendo la de mayor importancia, los médicos comenzaban a prestar atención a la llamada “falta de asistencia psíquica”, vale decir, la escasez de estímulos sensoriales y cuidados brindados “dentro de un marco de afectividad serena y razonable” (Del Carril, de Elizalde, & Larguía, 1951, p. 215). Diversos trabajos llamaban la atención sobre aquello que el pediatra chileno Eugenio Cienfuegos había denominado “distrepsias psíquicas”, que definía como

perturbaciones nutritivas que se observan en todos aquellos casos en que el lactante sufre una depresión de su estado psíquico por impresiones morales repetidas, por carencia, podríamos decir, del ambiente amable, cariñoso que lo envuelve aún en el seno de familias cuyas condiciones económicas no son en absoluto envidiables (Cienfuegos, 1930, p. 6).

La exagerada palidez, la flojedad y sequedad de la piel y la alteración del tono muscular eran signos de una decadencia corporal que no se producía a consecuencia de un trastorno crónico de alimentación ni de una afección orgánica determinada. A partir de su trabajo en diferentes Servicios de Lactantes del Uruguay, María Luisa Saldún de Rodríguez (1942) planteaba que tanto el daño físico como los “traumatismos psíquicos

o afectivos” (p. 150) eran capaces de generar distintas manifestaciones de sufrimiento (llanto, mutismo, negativismo, etc.) que repercutían sobre el estado nutritivo generando caída o estabilización del peso y distrofia. Así, el crecimiento del niño ya no parecía estar asegurado únicamente por la prevención de las infecciones o la búsqueda del alimento más adecuado. Debía considerarse además el “factor psíquico” que era, según Cienfuegos, la sumatoria de mimos y distracción de la mente infantil por un lado, y la inteligencia para satisfacer las costumbres y caprichos del pequeño. Estos atributos eran en general conferidos a la madre, lo cual explicaba que las “distrepsias psíquicas” se observaran con mucha frecuencia en los asilos, en los cuales la cantidad y calidad de atención que recibía el niño era ostensiblemente menor que en el seno de la familia nuclear (Macera, 1923).¹⁷²

En el próximo apartado nos ocuparemos en detalle de este tema, pero nos interesa señalar que estos hallazgos conformaron un núcleo de sentido en torno al desarrollo infantil que se desplegaría en las décadas siguientes y que afirmaba la importancia de satisfacer los requerimientos psíquicos y afectivos del niño.

Es preciso señalar, sin embargo, que aun cuando se reconocía la complejidad etiológica del trastorno, a lo largo del período estudiado continuó siendo mayoritaria la postura que situaba a la carencia alimentaria como causa primordial de la distrofia. Un ejemplo de esto puede hallarse en el trabajo realizado por un pequeño grupo de pediatras con la participación de una psicóloga (Moreno de Taubenslag, Taubenslag, Méndez, & Burich, 1963; Moreno de Taubenslag, Taubenslag, Rybak, & Burich, 1963) quienes, como vimos en el tercer capítulo, administraron la escala de Gesell a un grupo

¹⁷² Es preciso señalar una distinción que, años más tarde, se realizaría entre afecto y estímulo: en las clases altas existía carencia de afectos, sí, pero acompañada de abundancia de estímulos que incidían sobre el desarrollo neuropsíquico:

Los niños de clase alta aún cuando no gocen de la atención preferencial de sus padres, tienen una gran cantidad de estímulos provenientes del medio, que un poco lo salvan de la falta de desarrollo (...) el chico de la clase alta que no come, no se distrofia, hace una neurosis de la alimentación. Es la inapetencia neurótica, que tiene otro manejo y que no se supera dándole alimento (Moreno de Taubenslag, Taubenslag, Méndez, & Burich, 1963, p. 265).

de niños distróficos con el objetivo de determinar la magnitud de la detención del desarrollo neuropsíquico en relación con el grado de distrofia (1º, 2º o 3º grado) y la influencia del tratamiento sobre dicho cuadro. Su trabajo venía a mostrar que existía una evidente relación entre el estado nutricional y el nivel de desarrollo psicomotor y que las posibilidades de progreso en dicha esfera se relacionaban estrechamente con el grado de distrofia.

A comienzos de la década de 1950, Garrahan (1952a) proponía una nueva terminología para denominar a estos trastornos, la cual hacía hincapié precisamente en el déficit de nutrientes y vitaminas que conllevaban: “distrofia carencial del lactante” constituyó, entonces, la nueva denominación. Si bien la noción de carencia apuntaba, sobre todo, a las falencias nutricionales (calórica, proteica y vitamínica), a lo largo de los años la idea de “carencia” incluyó otras dimensiones tales como la falta de afecto. Así, en 1963, Moreno de Taubenslag, Taubenslag y Rybak afirmaban que la distrofia carencial del lactante “no es un producto exclusivo del déficit de aporte alimentario. Hace ya tiempo que se aceptan en la génesis de este cuadro, frecuente en la primera infancia, la acción aislada o combinada de carencias nutritivas, psicoafectivas y socioeconómicas” (Moreno de Taubenslag, Taubenslag, Rybak, & Burich, 1963, p. 66). Las carencias socioeconómicas habían sido tematizadas previamente y atribuidas a una diversidad de fenómenos entre los que se incluían la miseria, la ignorancia, el hacinamiento, el “hogar mal constituido”, la promiscuidad y la ilegitimidad (Cervini et al., 1951; J. P. Garrahan, Abeyá, & Bekei, 1952; Ucha et al., 1957). En cuanto a las carencias psicoafectivas si bien, como vimos, ya habían sido abordadas, en la segunda mitad del siglo XX se multiplicaron los estudios que exploraban las consecuencias que tenían sobre el desarrollo infantil los cuidados brindados por la madre o quien ocupara dicho rol. En este contexto, el ascenso de la medicina psicosomática dio lugar a estudios

que parecían ser accesibles a la “mentalidad pediátrica” local (Moreno de Taubenslag, Taubenslag, Rybak, & Burich, 1963, p. 66). Partiendo de la relación entre la secreción gástrica y el estado emocional estos estudios exploraban su repercusión en el metabolismo intermedio al interferir en el anabolismo, es decir, en la síntesis de biomoléculas complejas (por ejemplo, proteínas) a partir de otras más simples (aminoácidos) con el objeto de promover el crecimiento del organismo (Engel, Reischman, & Segal, 1956). Este tipo de trabajos, al incorporar cierta dimensión ambiental que ponía el foco en la relación del pequeño con su entorno más próximo, se conectaban con la tendencia a ponderar el desarrollo a la luz de las variables ambientales.¹⁷³ Así, las distrofias eran reconducidas en no pocos casos al “síndrome de deprivación maternal”, lo cual situaba a los problemas de crecimiento y desarrollo el campo de los trastornos psicósomáticos (Patton & Gardner, 1962).

Ahora bien, ¿cómo llegó a tematizarse la llamada “deprivación maternal”? En lo que sigue veremos de qué modo este problema, surgido entre los muros del hospital, cobró una visibilidad tal que marcó a partir de allí los modos de entender y pautar la crianza.

5.3. El problema del hospitalismo en lactantes institucionalizados

En el apartado anterior hemos visto que la internación de los lactantes en hospitales o asilos configuraba un panorama desalentador para su desarrollo psicofísico. En 1951, en ocasión de las II Jornadas Argentinas de Pediatría cuyo tema central fue el de las distrofias, un grupo de pediatras de la Casa Cuna platense presentaba sus reflexiones en torno al vínculo entre distrofias y hospitalización. Allí concluían que en la internación del lactante,

¹⁷³ Al respecto, véase el segundo capítulo de esta tesis.

las distrofias por causas endógenas generalmente andan mal y las por causas exógenas mejoran de su proceso agudo pero arriban a duras penas y sufren una larga serie de diversas infecciones (rinofaringitis, catarrros, otitis, etc.) que terminan por fundir sus ya escasas defensas. Por eso es primordial no hospitalizar sino los casos, como decimos, de cierta gravedad; existe un poco de apresuramiento en internar a niños con episodios infecciosos pasajeros o leves, en la creencia poco meditada de que la cama “ha de resolver el problema”, ocurriendo que éste se agrava a poco andar (Cervini et al., 1951, pp. 12-13).

El ingreso del niño a la institución parecía ocasionar un detenimiento y un retroceso considerable en su crecimiento y desarrollo, que era rápidamente revertido por el cambio de ambiente. Se estaba así frente al llamado “hospitalismo”, vale decir, el conjunto de desmejoras en el estado psicofísico del niño que, por diferentes vías, se producía a raíz de su permanencia en nosocomios o instituciones de crianza en común.¹⁷⁴ El vocablo “hospitalismo” fue introducido en 1869 por el cirujano escocés Sir James Simpson, para hacer referencia a la insalubridad de los viejos y grandes

¹⁷⁴ Los asilos de lactantes o “Casas Cuna” surgieron en Francia en 1844 bajo la denominación de *crèches* y durante la segunda mitad del siglo XIX se expandieron por Europa y América. En un contexto en el cual comenzaba a perfilarse un abordaje científico de la pobreza, las *crèches* emergieron como una alternativa redituable para el Estado francés, por su capacidad de combatir el abandono y los infanticidios y de ofrecer a las madres de sectores pobres la posibilidad de trabajar (Caroli, 2017). En líneas generales, el objetivo de las Casas Cuna era recibir en calidad de internados, y por el menor tiempo posible, a niños menores de tres años que por circunstancias extraordinarias (temporales o definitivas) no pudiesen vivir con su familia. En cada país, sin embargo, se hizo una particular recepción del dispositivo, condicionada por los aspectos socioculturales, políticos y económicos de cada contexto en el que se implantó. Un interesante estudio al respecto puede hallarse en Caroli, D. (2017). *Day Nurseries & Childcare in Europe, 1800–1939*. London: Palgrave Macmillan. Sobre la historia y funcionamiento de las Casas Cuna de Buenos Aires, La Plata y Montevideo, véanse Croce, P. (2004). Historia de la Casa Cuna. Los primeros 224 años... y lo que vendrá. *Revista del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde*, 14(1/2), 5–26; Mateos, R. (2008). *Recordando el pasado para afirmar el porvenir: Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”*. La Plata: Ediciones Pro-Infancia; Colángelo, M. A. (2001). *Un abordaje al abandono infantil: El Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra” de La Plata*. La Plata: Ediciones Casa Cuna; Roselli, J. (1944). Papel de las Casas Cunas en la Asistencia Médico-Social del Niño de Primera Infancia. *Hoja Médica de la Casa Cuna (Sociedad de Beneficencia de La Plata)*, (2), 5–7; Bauzá, J. (1936). Sugerencias para la organización médica, educativa y social de la Casa-Cuna tipo. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, IX(3), 317–336. Con respecto a la Casa Cuna de Buenos Aires, es preciso señalar que su misión y alcances diferían de las demás, dado que, desde 1905, funcionaba como hospital, prestando servicios asistenciales a la comunidad.

hospitales. Basado en la teoría miasmática de la enfermedad, Simpson sostenía que las construcciones hospitalarias eran gradualmente impregnadas por el vapor contaminante de las exhalaciones y emanaciones de los enfermos (Bynum, 2001). Esto constituía un factor de riesgo para los internos, que aumentaba mientras más grande fuera el recinto hospitalario y mayor su número de camas. De allí se desprendía una serie de sugerencias de planificación edilicia para propiciar la ventilación y el aislamiento de los enfermos por la vía de transformar los grandes hospitales con sus inmensas salas en construcciones más pequeñas, correctamente ventiladas y soleadas (Simpson, 1869). De la mano de los hallazgos en los campos de la microbiología y la antisepsia, la teoría miasmática dejó paso a otras concepciones acerca de la transmisión de enfermedades. Sin embargo, en el campo de la pediatría, el vocablo “hospitalismo” siguió siendo empleado para dar cuenta de los casos en los que la propia institución era la causante de enfermedad (Macera, 1923).

5.3.1. Carencia afectiva y desarrollo psicofísico

Hospitalismo y mortalidad infantil: prevenir el abandono, fortalecer la familia

Hasta comienzos del siglo XX el panorama de la asistencia sanitaria infantil fue altamente desalentador: tanto en Europa como en América, las salas de internación de lactantes eran consideradas verdaderas “necrópolis” a causa de la elevada mortalidad entre sus internos, que en no pocos casos ascendía al noventa por ciento (Macera, 1923). Las muertes se producían principalmente por las infecciones múltiples que los niños adquirían en el hospital (neumonía, otitis, enterocolitis, entre otras), muchas de las cuales se desarrollaban a causa de la distrofia crónica del desarrollo que predisponía al organismo a contraerlas. Esto daba lugar a paradójicas situaciones, en las que los

médicos, resignados, admitían que el nosocomio, lejos de curar, entrañaba riesgo de muerte (Schweizer, 1926). En Buenos Aires, hasta mediados de la primera década del siglo XX la alta mortalidad hospitalaria se explicaba por las condiciones verdaderamente antihigiénicas de las instituciones sanitarias. Sin embargo, hacia 1915 el sistema hospitalario se renovó casi por completo y el nosocomio dejó de ser un sitio donde los pacientes iban a morir. El acceso de la población se amplió junto con el número de camas y la organización de consultorios externos, de servicios de urgencias, de Dispensarios de protección a la infancia, entre otros (Armus & Belmartino, 2001). Cabe recordar que estos servicios estaban destinados primordialmente a la población de menores recursos y combinaban la atención médica con la asistencia social, a partir de reconocer la importancia de las causas sociales en la aparición, el desarrollo y el mantenimiento de la enfermedad (Zwanck & Bettinotti, 1929).

En el contexto rioplatense, la mortalidad infantil sufrió una elevación a comienzos del siglo XX, pero desde la década de 1930 se sostuvo su descenso (Mazzeo & Pollero, 2005). En lo que respecta a la asistencia sanitaria infantil, los avances en la antisepsia y la alimentación artificial produjeron un descenso considerable en los índices de mortalidad entre las décadas de 1930 y 1950. Sin embargo, el problema de la desmejora del estado de salud y la mortalidad a causa de infecciones cruzadas continuaba siendo el centro de preocupación de los médicos que trabajaban en hospitales de niños y Casas Cuna (de Alzaga, 1944). Un rasgo nada desdeñable del primer tramo del período abordado en esta tesis, y que en gran medida condicionó las líneas de acción propuestas frente al problema del hospitalismo, es la preocupación por procurar el descenso de la mortalidad infantil evitando el descenso paralelo de la natalidad (Lascano, Bettinotti, & Halac, 1939), fenómenos atribuidos principalmente a la miseria y la ignorancia (Olarán Chans, 1939). Estas cuestiones se inscribían en el

debate más amplio acerca de la cantidad y la calidad de la población argentina, que hemos abordado en los capítulos anteriores. Este contexto de riesgo para el desarrollo de la Nación por el potencial daño al que estaba expuesto el factor humano permite explicar la preocupación instalada en el campo médico en torno a los efectos nocivos del hospitalismo, que perduraba aún a mediados de la década de 1940:

La población de la República Argentina, no va a crecer, sino que va a disminuir. Lo observamos ya en las maternidades donde comienzan a sobrar camas, más tarde será en las escuelas donde sobrarán bancos y dentro de veinte años, será la falta de brazos, ya que contaremos con una población de numerosos ancianos y pocos niños (Raffo, 1946, p. 8).

En este contexto, el problema del hospitalismo cobraba relevancia en virtud de la amenaza que implicaba para la población infantil en tanto potencial capital humano indispensable en tiempos de desarrollo económico del país. En pos del incalculable beneficio que aportaría a la Nación (Raffo, 1946), se planteaba la necesidad de erradicar el hospitalismo “latente”, aquél que se insinuaba por el sólo hecho de romperse el vínculo “natural” del binomio madre-hijo (Cervini & La Rocca, 1943). Esto último permite ponderar una variable que complejizaba el problema. Ya en la década de 1920, y siguiendo a Finkelstein, se admitía que en el hospital el factor infeccioso, aunque decisivo, no era el único causante de desmejora y muerte, sino que era necesario considerar además la influencia de la falta de estímulos exteriores, del abandono y de los malos cuidados. Todas estas variables incidían en el desarrollo psíquico del lactante que, en condiciones de internación, mostraba serias limitaciones (Macera, 1923). En esta línea, a mediados de la década del treinta, Luis Morquio definía al hospitalismo como un conjunto de síntomas que se agregaban a la enfermedad originaria agravándola y que eran el resultado de las condiciones de vida hospitalaria. El pediatra uruguayo situaba múltiples factores causales, entre los que se contaban la carencia nutricional por

alimentación defectuosa, la debilidad del sistema inmunitario, las infecciones y, en no menor medida, los factores psíquicos:

(...) es de observarse que no obstante un régimen lo más correcto y una situación lo más pura, puede originarse hospitalismo, que desaparece con la reintegración al medio familiar. Muy pocos tienen en cuenta el psiquismo del niño, particularmente cuando está alejado de la madre y debe vivir en la indiferencia y la frialdad de un medio, rodeado de personas insensibles, no obstante su buena voluntad y preparación (Morquio, 1936, p. 176).

En una lectura evidentemente presentista de la historia, algunos autores han hecho énfasis en el carácter novedoso y visionario de Morquio, que se habría anticipado a los resultados de investigaciones posteriores en torno a la incidencia del componente afectivo en los procesos de institucionalización, impulsando, entre otras medidas, la internación conjunta del niño con su madre (Gentile-Ramos, 2001). Más allá del valor científico de esta apreciación, lo cierto es que tanto Morquio como Cienfuegos se cuentan entre los primeros médicos que en el contexto latinoamericano señalaron la importancia del sostenimiento del lazo del niño con su madre, basándose por lo general en los hallazgos de Finkelstein y del pediatra austríaco Meinhard von Pfaundler. Sin embargo, estos médicos fundaban su postura en argumentos diferentes de los que años más tarde se encontrarían en autores como Bowlby. El concepto de “binomio madre-hijo” –unidad funcional de base biológica– fue la base argumentativa privilegiada por el discurso médico, que contribuyó a la naturalización de la relación, en principio social, del niño con su madre (Nari, 2004).

Al igual que en la distrofia del desarrollo, hacia la década de 1940 es posible observar cierto consenso médico en torno a la idea de que la carencia de estímulos psíquicos –también llamada “inanición psíquica”– era uno de los factores causales del

hospitalismo. En un extenso trabajo sobre hospitalización del lactante, el pediatra Raúl Beranger (1943a, 1943b), Jefe del Servicio de lactantes de la Casa de Expósitos de Buenos Aires y Profesor Adjunto de Puericultura Primera Infancia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, planteaba que la “inanición psíquica” o “carencia afectiva” determinaba un estado de “embotamiento vegetativo” que ocasionaba una marcada disminución del apetito. Y dado que la reacción del organismo infantil a los agentes infecciosos dependía de su estado nutritivo, el daño producido por la subalimentación predisponía al niño a contraer infecciones que, a su vez, profundizaban los trastornos nutritivos. Se establecía así un círculo vicioso que consolidaba la acción distrofiante de la institución, en cuya génesis el déficit de estimulación psíquica parecía tener un lugar central.

Es posible apreciar que el problema de la cantidad y calidad de la población –telón de fondo de las preocupaciones políticas de ese momento– incidía en la lectura que los expertos hacían del hospitalismo. En efecto, el foco de la inquietud médica se hallaba en las repercusiones de la carencia de estímulos psíquicos en el desarrollo físico, dada su tendencia a provocar la disminución del apetito y, consecuentemente, la distrofia del desarrollo. Es decir que, en última instancia, lo fundamental era preservar con vida a los futuros habitantes de la Nación, para lo cual, sin embargo, parecía imprescindible atender al componente psíquico, toda vez que las vicisitudes de su desarrollo podían incidir en el curso del desarrollo físico. Frente a este problema, algunos médicos abogaban por evitar la internación asistiendo al niño en su hogar y minimizando de ese modo el riesgo de infecciones cruzadas. Otros tales como Saúl Bettinotti (1933, 1939), sostenían en cambio que la solución radicaba en perfeccionar el sistema de internado de los lactantes: limitar lo más posible el tiempo de internación, aislar a los enfermos, alimentarlos con leche de mujer, sostener una estricta disciplina

en el cumplimiento de las normas de higiene con el fin de evitar los contagios y, por último, movilizar al niño y sentarlo en sillas colgantes para estimular su desarrollo psicosenorial.¹⁷⁵ En esta línea, Beranger (1943a) y Bagnati (1945) sostenían que un funcionamiento adecuado y modernizado de las instituciones sumado a una buena capacitación del personal era suficiente para garantizar el buen estado de salud psicofísica. En contraposición a esto, no faltaron voces que señalaban que el hospitalismo continuaba siendo una realidad viva y visible (Cervini et al., 1951) y que ni el hospital más moderno podía garantizar el desarrollo psíquico normal del niño y la conformación de una personalidad armoniosa:

En el medio hospitalario, el niño sufre psíquicamente, en unos casos por la falta de los indispensables estímulos psicosenoriales que caracterizan su vida de relación y en otros casos por el exceso o sumación de estos mismos estímulos, que actúan como espina irritativa de su delicado sistema nervioso (Raffo, 1946, p. 12).

De acuerdo con estas posturas, el niño debía sentirse querido, seguro y alentado en su ambiente, meta imposible de lograr en la institución, en la cual el cuidado no era personalizado. Era esta dinámica de funcionamiento la que parecía incluso perjudicar gravemente el desarrollo psíquico, dado que los cambios reiterados de ambiente y de hábitos y el paso de una atención unipersonal y afectiva a un régimen de cuidados colectivo podían ocasionar un shock que diera lugar a un estado de depresión y retardo mental “funcional”, producto de la inadaptación al nuevo ambiente y, por ende, reversible si se tomaban las medidas adecuadas (La Rocca, 1944; La Rocca & Raffo, 1947). Estas ideas se articulaban con aquella otra según la cual la protección del niño debía garantizarse a través de la familia, premisa que había sido plasmada en 1934 en el

¹⁷⁵ El método de la suspensión del niño en una hamaca de lienzo fue ideado por José Obes Polleri, médico de la Casa del Niño de Montevideo. Contribuía a suplir la falta de asistencia personalizada, al tiempo que era útil para evitar las complicaciones otíticas en las infecciones respiratorias (J. Bauzá, 1936).

Código del Niño del Uruguay. Este documento, pionero en materia de derechos infantiles en Latinoamérica, constituyó una referencia ineludible para los médicos de la región preocupados por la defensa de la infancia, a punto tal que en 1941 el diputado radical José Cabral presentó un proyecto de creación de un Código del Niño para la Argentina, inspirado en el documento uruguayo (Berro, 1942).¹⁷⁶ El Código declaraba, entre otras cosas, que los niños debían ser educados en su propio hogar y destacaba “(...) la importancia del factor cariño en la formación de la niñez y la necesidad del corazón de la mujer desempeñando su providencial papel de reina del hogar” (Morquio et al., 1934, p. 13). La familia nuclear tradicional era de este modo concebida como el entorno de crianza ideal, ya que no sólo era capaz de ofrecer estímulo y aliciente, sino que se presentaba como un ámbito que promovía la evolución “natural” del niño:

(...) desde que la familia es la célula primaria de la sociedad, la verdadera defensa del niño –en el triple sentido biológico, pedagógico y social– ha de hacerse mediante la protección de aquélla, cuya *unidad* deberá consolidarse en lo humanamente posible mediante una *asistencia integral*: sanitaria, económica, moral y espiritual (Sbarra & Ricci, 1945, p. 87, en cursiva en el original).

En suma, el discurso médico no dejaba de insistir hasta qué punto la “integridad familiar” cimentada en la estabilidad económica y moral constituía uno de los factores clave para combatir la mortalidad infantil (Lascano et al., 1939). En los hospitales y Casas Cuna la situación asumía una complejidad extra, dada por el problema del abandono, ya fuese “de hecho” o “en potencia” (P. de Elizalde & La Rocca, 1942). En

¹⁷⁶ Este tipo de iniciativas pueden ser situadas en el marco más amplio de las diferentes reglamentaciones internacionales en materia de salud y protección infantil. Luego de la Primera Guerra Mundial distintos países lanzaron políticas de protección destinadas no sólo a los niños con desventajas económicas y sociales, sino a todos los miembros de las nuevas generaciones. Asimismo, se produjo un pasaje de la filantropía con su visión “sentimental” a la gestión racional y científica de los problemas de la infancia y se intentó coordinar las actividades públicas y privadas y colocarlas bajo la tutela de una única organización internacional. En este marco surgieron instituciones como el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (Scarzanella, 2003a), que en 1948 impulsó la Declaración de Caracas sobre la Salud del Niño, reconocida por la Argentina en 1951 (Carrillo, 1951).

muchos casos, el nosocomio era un sitio donde las madres dejaban a sus hijos enfermos y no regresaban a buscarlos cuando mejoraban, por no contar con los medios necesarios para mantenerlos (Cianchetta Sívori & Cardillo, 1949; Macera, 1923). El panorama a futuro se ensombrecía por la íntima vinculación del abandono con la anormalidad infantil y la delincuencia (Reca, 1941b). Esto motivó distintas acciones por parte de los médicos quienes, con la ayuda de las visitadoras de higiene, buscaron determinar las causas del abandono¹⁷⁷ e implementaron una serie de estrategias de prevención cuyo objetivo primordial era estimular la formación de la familia y contribuir a la solidez de su estructura. Por tratarse de un problema eminentemente social y político, las discusiones en torno al mismo conllevaban necesariamente una toma de postura con respecto al rol del Estado en la protección materno-infantil. Y en este punto es de destacar el hecho de que, en las primeras décadas del período aquí analizado, la mayoría de los médicos rioplatenses no vieran con buenos ojos las medidas tomadas tanto por regímenes políticos liberales como por el comunismo, con su propuesta de crianza colectiva. La crítica de los galenos se basaba en que, en ambos casos, la célula familiar era blanco de destrucción, o bien por la explotación de la mujer y del niño en manos del libre juego capitalista, o bien por el esfuerzo igualador entre hombres y mujeres que borraba las diferencias biológicas y la maternidad responsable (Obes Polleri, 1934).¹⁷⁸

¹⁷⁷ Una de las clasificaciones propuestas incluía, por un lado, una serie de causas determinantes de la desintegración del complejo hijo-madre-familia y, por ende, del abandono “de hecho”: la desaparición de la madre o su incapacidad física o psíquica, la inexistencia de la familia (por ilegitimidad o viudez) y la desorganización familiar (por divorcio, abandono de hogar por parte de uno de los progenitores, desocupación, malos hábitos y vicios). A estas causas se sumaban otras indirectas pero no menos importantes, puesto que mantenían una situación de abandono “en potencia”: la falta de apoyo espiritual y material a la formación y estabilidad de la familia, la mala organización social, la distribución inequitativa de la riqueza, las fallas en la instrucción escolar y en la educación ciudadana y “la disolución de las costumbres” (P. de Elizalde & La Rocca, 1942, p. 312).

¹⁷⁸ En los años treinta, esta clase de posturas condujeron a muchos médicos a valorizar la concepción totalitaria del Estado, en la cual la asistencia social y la protección materno-infantil alcanzaban máxima jerarquía y en la que la mujer era un elemento distinto del varón, con una misión (la maternidad) que le era propia (Beruti, 1936; Bettinotti, 1941b; Iraeta, 1936; Obes Polleri, 1934; Carlos Ruiz, 1939). Sobre este tópico, véanse, entre otros, Miranda, M. (2011). *Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos, Reggiani, A. (2012). *Distopía y población: la recepción de los debates europeos sobre la natalidad en la Argentina de los años 30*. En M. Miranda & G.

Se trataba, por el contrario, de promover la tutela del Estado o bien de instituciones particulares, menos susceptibles de deformación burocrática. La tarea preventiva del abandono recaía sobre todo en estimular la formación de la familia por medio de una legislación que le garantizara solidez económica, que sacara a las mujeres de la fábrica, del taller y de las oficinas y estimulara las labores del hogar (P. de Elizalde & La Rocca, 1942). A su vez, algunas instituciones del tipo Casa Cuna ofrecían “ayudas de crianza” (una suma de dinero que convertía a la propia familia en cuidadora retribuida de sus hijos), bajo la premisa de que, aunque sonara paradójico, la labor más importante de la institución era impedir el ingreso del niño (Roselli, 1944). Asimismo, dichas instituciones ofrecían ayuda “moral” por medio de consejos que se impartían en las visitas a domicilio o bien en las escuelas para madres, en las que se inculcaba el cariño maternal y se enseñaba puericultura, cocina y quehaceres domésticos (Cianchetta Sívori & Cardillo, 1949; P. de Elizalde & La Rocca, 1942; La Rocca, 1941a; Sbarra & Ricci, 1945).

Cabe subrayar en este punto que las ideas de los médicos acerca del desarrollo psicológico del niño se entrelazaron con el sostenimiento de la imagen típica de familia nuclear, con una clara diferenciación de roles en su interior: el varón proveedor y jefe de familia y la mujer a cargo del cuidado de los hijos y el hogar. Como mencionamos anteriormente, en la Argentina este modelo familiar de clase media comenzó a construirse a principios del siglo XX, resistiendo a los cambios en la moral y las conductas que amenazaran socavar los cimientos de la sociedad (Míguez, 1999). Y fue precisamente el discurso médico el que tuvo un importante papel en la conformación de

Vallejo (Eds.), *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945* (pp. 141–166). Buenos Aires: Biblos, y Biernat, C., & Ramacciotti, K. (2013). *Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos.

este esquema familiar de clase media (Nari, 2004) que se extendió como modelo para todos los sectores sociales, constituyendo un “ideal de domesticidad” (Cosse, 2006) que pautaba los proyectos vitales y conductas de varones y mujeres. Ahora bien, el acento puesto por los médicos en la importancia de la familia como entorno de crianza no es casual, en la medida en que, si bien hacia la década de 1930 el modelo de familia nuclear estaba cristalizado como horizonte normativo, el incremento del concubinato, de los divorcios y de los nacimientos ilegítimos, suscitó la preocupación de las elites políticas e intelectuales ante un potencial aumento de la conflictividad social. Este conjunto de prácticas disonantes con el ideal normativo promovió, como hemos visto, un refuerzo de los discursos expertos en torno al orden familiar durante los años treinta. En la década siguiente, con la llegada de Juan D. Perón al poder, el ideal familiar tradicional se sostuvo como horizonte normativo deseable, aunque su sentido se resignificó por medio de una retórica y un conjunto de acciones de gobierno que buscaron dignificar el estatus social de los trabajadores y mejorar sus condiciones de vida (Cosse, 2006), además de promover la natalidad como vía privilegiada para el crecimiento poblacional (Biernat & Ramacciotti, 2013).

Este contexto permite situar la importancia que, frente al problema del hospitalismo en los casos de niños huérfanos, cobró la acción médico-social de los hospitales, que se sumaba a su función curativa y preventiva. En ese sentido, una solución viable era la Colocación Familiar, dispositivo que tuvo su origen en Francia y se implementó desde fines del siglo XIX en la Casa de Expósitos de Buenos Aires (La Rocca, 1943). Hacia la década de 1940, prácticamente la totalidad de los niños sanos que ingresaban a la Casa de Expósitos eran puestos en Colocación Familiar (La Rocca, 1941b). En líneas generales, este dispositivo consistía en externar a niños sanos, convalecientes, lisiados y, en algunos casos, enfermos o con un estado nutritivo

retardado, y ponerlos al cuidado de mujeres que se ofrecían a recibirlos en sus casas a cambio de una retribución pecuniaria. El sistema contemplaba supervisiones periódicas por parte de los médicos y del personal del Servicio Social, con el fin de constatar el estado de salud del niño y las condiciones de vivienda y atención recibida (La Rocca, 1941b). Esta medida suponía un considerable rédito económico para el Estado al reducir el costo diario por cada pupilo, hecho que contribuía a legitimar el accionar médico (Roselli, 1944, 1948). Se minimizaba asimismo el riesgo de afecciones cutáneas y procesos infecciosos, previniendo la distrofia hospitalaria y mejorando sustancialmente el estado del lactante ya distrófico, “(...) que en pocos días de vida en el ambiente familiar modifica favorablemente su curva ponderal, aumenta sus defensas a las infecciones y cumple su desarrollo físico-psíquico en forma normal” (Raffo, 1946, p. 11). De allí que interesaran menos el nivel sociocultural de la cuidadora –por lo general modesto– que su afecto y, sobre todo, su dedicación y estricto cumplimiento de las indicaciones dietéticas dadas por el médico (La Rocca, 1943).¹⁷⁹ Al respecto resulta particularmente ilustrativo el comentario de la médica uruguaya María Luisa Saldún de Rodríguez (1942) a propósito del caso de un niño retraído, triste y muy difícil de alimentar que, luego de desfilarse por diversos hogares de cuidadoras, fue colocado en casa de una mujer “extremadamente alegre, muy conversadora (...) de escasa inteligencia, pero [que] siente gran atracción por todos los niños” (p. 154). En dicho hogar, el niño cambió el carácter, se volvió alegre y extrovertido y aumentó considerablemente de peso. Lo curioso, que esta médica no dejaba de anotar, era que no

¹⁷⁹ Vale aclarar, no obstante, que el proceso de selección de las cuidadoras era exigente. Contemplaba no sólo exámenes médicos previos para descartar sífilis o tuberculosis (análisis de sangre, de leche, radiografías y examen clínico), sino además inspecciones al domicilio por parte de los médicos y las visitadoras de higiene. En cuanto a la vivienda, se esperaba que fuese relativamente amplia, limpia, bien ventilada y ubicada en zonas suburbanas, dado que la mayor pureza del aire otorgaba beneficios similares a los de la crianza en el campo (La Rocca, 1941b).

parecían haber intervenido otros factores de mayor importancia para lograr la mejora del pequeño. Por el contrario,

la casa de esta cuidadora no es de las que ofrece mejor comodidad; tampoco es de las más higiénicas, ni de las más aseadas y ordenadas. La alimentación es la misma que le daban las cuidadoras anteriores. Es una casa que, cuando la visitamos por primera vez, (...) nos impresionó mal. Pero, esta mujer crea un ambiente tan particular, que influye en forma extraordinaria sobre el psiquismo de los niños, haciéndoles alegres y confiados (Saldún de Rodríguez, 1942, p. 154).

Es claro que en el ámbito institucional cada niño recibía una fracción de los cuidados y la estimulación psíquica brindados en otras condiciones de crianza. Pero este hecho innegable era, sin embargo, interpretado desde una matriz normativa, en la medida en que permitía justificar el carácter ideal de la crianza en el seno de la familiar nuclear, bajo la premisa de la existencia de un vínculo entre madre e hijo, basado en el cariño y la dedicación incondicionales. En otras palabras, la importancia otorgada al afecto y a los cuidados prodigados por la madre tenía como fundamento último el indisoluble lazo biológico que la unía a su hijo. Y en los casos en los que el rol de madre era desempeñado por una cuidadora, los argumentos recaían en el afecto y dedicación inherentes a una supuesta “naturaleza femenina”. Estas interpretaciones esencializaban cierto modo de crianza, dejando en un lugar de inferioridad o desviación a las prácticas que lo contradecían y justificando las mejoras percibidas en los niños que eran puestos en Colocación Familiar.

En suma, hasta mediados de la década del cincuenta el denominado "hospitalismo" interesa fundamentalmente como problema vinculado con la morbilidad y mortalidad infantil, en un contexto en el cual subsistían las preocupaciones por el potencial despoblamiento de la Nación. En este marco, las medidas se orientaban

fundamentalmente a preservar con vida al niño, para lo cual se intentaba limitar lo más posible su internación, o bien, en el caso de niños huérfanos, recurrir a la Colocación Familiar. Si bien tempranamente se identificó a la "inanición psíquica" como uno de los factores causales del hospitalismo y se destacó la importancia del afecto y los cuidados personalizados, la necesidad de asegurar que el niño recibiera este tipo de atenciones se vinculaba fundamentalmente con su supervivencia y su crecimiento y desarrollo físico.

Hospitalismo y carencia afectiva: la familia como instancia natural del desarrollo

En 1963, Florencio Escardó y Eva Giberti,¹⁸⁰ dos referentes en lo relativo a la crianza y educación de los niños, presentaron un trabajo sobre hospitalismo en el marco del VII Congreso Panamericano de Pediatría, realizado en Ecuador. Los autores ofrecían una perspectiva que abrevaba en la Pediatría Psicosomática (Escardó, 1957a), enfoque que, como vimos, se ocupaba de la persona total atendiendo al estado somático, psico-emocional y psico-social, y obligando de ese modo a la medicina clásica a abandonar su "superficialidad".¹⁸¹ En la medida en que la perspectiva psicosomática abordaba al niño y su desarrollo como parte de la familia, su aplicación al problema del hospitalismo mostraba hasta qué punto una mirada parcial y organicista era capaz de poner en riesgo el desarrollo del ser humano que se proponía cuidar:

El organicismo que impregnó la medicina desde principio del siglo, concibe el hospital para niños como el sitio en que éste debe permanecer aislado y antiséptico; (...) Es bien curioso que la complacencia que el médico encuentra en tales extremos y la seguridad de proceder científicamente haya podido hacerle olvidar: 1º) que al hacerlo fabricaba

¹⁸⁰ Eva Giberti (n. 1929), esposa de Escardó, se formó como asistente social y luego como psicóloga. A fines de la década de 1950 viajó a Francia con una beca que le permitió tomar contacto con el dispositivo de Escuela para Padres, que fundó a su regreso en la Sala XVII del Hospital de Niños y funcionó hasta 1973. Al igual que Escardó, se destacó por su participación en medios gráficos, radio y televisión difundiendo pautas de crianza desde una perspectiva que incorporaba nociones psicoanalíticas.

¹⁸¹ Al respecto, véase el primer capítulo de esta tesis.

una situación totalmente artificial y antibiológica; 2º) que por lo menos en nuestro medio, ello sólo se aplica a enfermos pobres ya que ni en la casa ni en los sanatorios se hace nunca nada semejante; 3º) que por el hecho de enfermarse el chico queda institucionalmente obligado a perder a su familia. El rigor pasteuriano, que ve en la infección si no la única por lo menos la más importante causa de enfermedad impide percibir lo anómalo de la situación. Justo es decir que Pasteur mismo no hubiese pensado de ese modo; suya es la frase “el germen no es nada, el terreno es todo”. El hospitalismo consiste en fabricar un terreno propicio para “la buena salud de los microbios” (Escardó & Giberti, 1965, p. 438).

Al señalar que el aislamiento hospitalario representa para el niño una situación “artificial y antibiológica”, los autores dejaban allanado el camino para una operación de naturalización del desarrollo en el seno de la familia. En ese sentido, y aun cuando Escardó pretendiera cuestionar el enfoque médico naturalista, su hipótesis no hacía más que renovarlo incorporando a la madre y a la familia como instancias “naturales”.¹⁸²

El planteo de los autores permitía reflexionar sobre los aspectos iatrogénicos del accionar médico, puesto que el hospitalismo, y en líneas generales cualquier otra forma de institucionalismo, no era sino una forma sistemática de perjudicar al enfermo partiendo de su separación del medio familiar. Era precisamente este punto el que los conducía a concluir que el hospitalismo producía una carencia afectiva “por mutilación institucional de la familia” (Escardó & Giberti, 1965, p. 439). La institución actuaba patogénicamente no por lo que en ella había (virus, bacterias y demás microorganismos), sino por lo que en ella faltaba: el afecto que solo podía provenir de la familia, más específicamente, de la madre. Si bien el recorrido hecho hasta aquí muestra

¹⁸² Quizás en este punto el autor no estuviese tan alejado de sus afirmaciones de 1934, a propósito del enfoque profiláctico de la puericultura:

Si el conocimiento de toda higiene está fundado esencialmente en la biología, la de la primera infancia lo está de una manera especialísima. La vida del nuevo organismo está muy cerca de los procesos biológicos elementales; frente a un niño de corta edad se hace necesario pensar siempre biológicamente (...) (Palacios Costa & Escardó, 1934, p. 931).

que ya en la década de 1930 algunos médicos planteaban el problema de manera similar, el énfasis de Escardó y Giberti en la importancia que entrañaba la conservación del vínculo del niño con su entorno se autorizaba fundamentalmente en las tesis del informe que Bowlby había realizado a pedido de la OMS. Lo mismo puede decirse de otros trabajos de médicos argentinos y uruguayos que, en esos años, analizaban diferentes aspectos de la crianza e institucionalización de los lactantes a la luz de los aportes de Bowlby, subrayando los aspectos nocivos inherentes a la carencia de cuidados maternos en la infancia, tal como se reflejaban en el Cociente de Desarrollo que arrojaban las pruebas psicológicas (Marcos & Müller, 1961; Peluffo & Saldún de Rodríguez, 1963; Sbarra et al., 1963). En este punto es preciso señalar que, en un contexto de resurgimiento del internacionalismo en la ciencia luego de la Segunda Guerra Mundial (Doel, Hoffmann, & Krementsov, 2005), tanto las recomendaciones de la OMS como los acuerdos internacionales eran referencias ineludibles al momento de planificar políticas sanitarias (Ramacciotti, 2014). A su vez, la propia creación de la OMS se había producido a la luz de dos premisas que cobraron fuerza en el mundo de posguerra: por un lado, la idea de que la salud era un factor fundamental para asegurar la paz y, por otro, la idea de que cada persona tenía derecho a lograr el mayor nivel de salud posible (Chadarevian, 2015). Es en este marco que Escardó y Giberti (1961) adoptaban los criterios de la OMS para evaluar la salud mental de un sujeto, uno de los cuales era precisamente la capacidad de establecer relaciones armoniosas con su entorno. Y si el texto venía a introducir un elemento novedoso en las consideraciones sobre el hospitalismo, ese era precisamente el de las repercusiones negativas de dicho cuadro en la capacidad del niño de establecer vínculos afectivos normales y de conformar su personalidad. En efecto, desde un enfoque psicodinámico, Escardó y Giberti (1965) consideraban que el niño atréptico que había descripto Parrot

–cauquético y desnutrido– era víctima de una progresiva y profunda desintegración de la personalidad. De allí que lo fundamental fuera fortalecer los vínculos de la familia y solidificarla como grupo humano primario.

Estas consideraciones sobre el hospitalismo se inscriben en el marco de los cambios que en el ámbito médico local pueden apreciarse hacia la década de 1960 y que hicieron énfasis en la necesidad de atender al pleno desarrollo del niño, priorizando su equilibrio emocional y la adquisición de su autonomía. Tanto en el ámbito nacional como internacional, estas ideas promovieron un replanteo de las prácticas hospitalarias con niños, en virtud del cual se procuró evitar en lo posible la internación y minimizar sus efectos traumatizantes a partir de crear una atmósfera cálida, llamar a los niños por su nombre y no por el número de cama o la enfermedad, facilitar la permanencia de la madre junto al niño y/o fomentar la interacción social entre los propios pacientes. Esta nueva forma de encarar la hospitalización infantil, discutida en los años de 1950 en diversas reuniones científicas internacionales, se destacó por plantear que el tratamiento del niño en el hospital requería del trabajo conjunto de la pediatría, la psicología, la psiquiatría y el servicio social (Bekei, 1962; Brooks et al., 1954; Maino, 1955; Plank, Caughey, & Lipson, 1959).

Es innegable que el clima de ideas que floreció luego de la Segunda Guerra Mundial favoreció en gran medida la conformación de una agenda de problemas en torno a la asistencia hospitalaria infantil. Sin embargo, debe señalarse que, a nivel de las prácticas, algunas de las iniciativas antes mencionadas se habían concretado con anterioridad. Un claro ejemplo de ello es la internación conjunta del niño con su madre. En el hospital “Pereira Rossell” de Montevideo dicho servicio comenzó a funcionar en 1935, si bien estaba cimentada en el discurso de Morquio acerca de la necesidad de respetar el vínculo biológico del binomio madre-hijo (Bonaba & Saldún de Rodríguez,

1943). En los años sesenta, sin embargo, gran parte de las ideas sobre la reconfiguración de la asistencia hospitalaria infantil se fundaba en los hallazgos publicados por Bowlby en su informe, de igual modo que muchos de los planteos referidos a salud mental en la primera infancia. En lo que sigue, profundizaremos el análisis de la circulación del “informe Bowlby” en el ámbito médico y su divulgación a un público amplio. Es preciso señalar que las consideraciones antes mencionadas desbordaron ampliamente el hospitalismo hacia temas más generales como la crianza y el cuidado de los niños. En efecto, las investigaciones sobre alteraciones del desarrollo físico y psíquico mostraban que dichos trastornos no eran privativos de los niños institucionalizados, sino que podían desarrollarse en niños que vivían con su familia e incluso en hijos de familias de clase media-alta (Patton & Gardner, 1962). Esto permite explorar sus repercusiones de más largo alcance, vinculadas con el rol de la familia y particularmente de la madre en la salud mental del niño, al tiempo que muestra el fenómeno de creciente “psicologización” del desarrollo infantil y el modo como ciertas ideas sobre lo psíquico incidieron en la concepción de infancia sostenida por los médicos y difundida a través de sus discursos y prácticas de intervención. A su vez, pone de manifiesto que, si bien se observa un cambio en la grilla interpretativa del desarrollo infantil, el nuevo ideario de la salud mental encarnado en teorías como la de Bowlby permitió a un sector del campo médico reafirmar en base a nuevos argumentos una serie de valoraciones de larga data en torno a la maternidad y la familia.

5.3.2. Las repercusiones del “informe Bowlby”: seguridad afectiva y salud mental

El “informe Bowlby” en el escenario de la Segunda Posguerra

La Segunda Guerra Mundial ofreció un escenario propicio para el desarrollo de experiencias que contribuyeron enormemente a la difusión de los discursos psicológicos. En el período de posguerra, los saberes psicológicos comenzaron a proveer un vocabulario apto para diagnosticar y clasificar la anormalidad infantil, estableciendo a su vez patrones de normalidad del niño y, a través suyo, de la familia (Rose, 1990). El informe elaborado por John Bowlby puede situarse en este contexto y respondió a demandas de la Segunda Posguerra. En 1945, en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, se formuló el proyecto de creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Un año más tarde, en la Conferencia Sanitaria Internacional realizada en New York, se aprobó su constitución y a mediados de 1948, en Ginebra, tuvo lugar la primera asamblea. En ella se estableció una serie de temas prioritarios, entre los cuales estaba la salud materno-infantil (McCarthy, 2002). La creación de la OMS y el modo de entender la salud en ese período de profundo pesimismo acerca del ser humano y la sociedad se inspiraron en la idea de que, si deseaba sobrevivir, la raza humana necesitaba un nuevo tipo de ciudadano. Tal como ha señalado Larson (1996), la política de ese tiempo demandaba que la salud individual fuese colocada en un contexto más amplio de salud colectiva. En ese marco, se hablaba de sociedades saludables, que deberían mantenerse a salvo de los nacionalismos, del racismo y de los estrechos intereses locales. Asimismo, el concepto de salud plasmado en el Preámbulo de la Constitución de la OMS y vigente en la actualidad responde al mismo principio al definir a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, aun cuando no se haya explicitado si “social” hace referencia a la organización de la sociedad o a la medida en que el individuo es funcional dentro de ella (Larson, 1996).

En 1949, la Organización Mundial de la Salud designó a Ronald Hargreaves, un psiquiatra británico con orientación psicoanalítica, como Jefe de la Sección de Higiene Mental. Hargreaves había sido convocado para colaborar en un estudio de las Naciones Unidas sobre las necesidades de los niños sin hogar que por diversos motivos habían sido separados de sus familias y derivados a hogares adoptivos o instituciones de crianza en común. En ese marco, se contactó con John Bowlby, en ese entonces director del *Department for Children and Parents* de la *Tavistock Clinic* en Londres, para solicitarle un informe sobre los aspectos del tema vinculados con la salud mental. Culminado su contrato como Consultor en Higiene Mental, en 1950 Bowlby elevó el informe que fue publicado al año siguiente como un trabajo monográfico de la OMS, con el título *Maternal Care and Mental Health* (Bowlby, 2009). El texto, cuya traducción al español se publicó en 1954 a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, tuvo gran repercusión en buena parte del mundo occidental, ya que se debatió en foros especializados en políticas públicas y se difundió a través de la prensa de diversos países de Europa, Norteamérica y África. El hecho de estar respaldado por la OMS contribuyó a legitimarlo y otorgarle veracidad (Vicedo, 2011), lo cual permite pensar a dicho organismo como un ente organizador de la circulación de ciertos saberes que trascienden los límites nacionales, configurando, en este caso, un espacio fluido de circulación e intercambio de ideas y prácticas en torno al hospitalismo. Desde una perspectiva de análisis transnacional, puede pensarse así en redes de individuos conectados en torno a una concepción internacionalista del destino humano (Iriye, 2013), con un rol determinante en el fortalecimiento y la propagación de ciertas ideas producidas en un contexto determinado (Turchetti et al., 2012). A su vez, es importante ponderar los alcances de los saberes difundidos por la OMS a la luz del panorama sanitario local en el que dichos saberes circularon. En la década de 1960 los organismos

internacionales fueron interlocutores privilegiados para los responsables de la planificación sanitaria, quienes criticaron duramente las políticas del primer peronismo y adoptaron la sugerencia de establecer políticas de descentralización y autogestión hospitalaria, confiando al Estado las tareas de asesorar, controlar y delegar la gestión en las comunidades e iniciativas privadas (Ramacciotti, 2014).

La tesis principal del texto de Bowlby, que el propio autor situaba como un acontecimiento científico de gran alcance dentro del campo psiquiátrico, postulaba la estrecha dependencia entre los cuidados brindados al niño durante la primera infancia y su salud mental:

se considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o de quien con carácter permanente la substituya) en los que ambos encuentran satisfacción y goce (Bowlby, 1954, p. 13).

En lo esencial, esta idea no difiere de aquella que pautaba la necesidad de que el niño fuese cuidado por su madre para asegurar su supervivencia y desarrollo. La novedad reside en todo caso en un discurso que ponía en el centro de la escena a la salud mental, relacionada, como se mencionó anteriormente, con la capacidad de entablar vínculos humanos estables y armónicos. En cuanto a la fundamentación de su tesis, Bowlby se apoyaba en un marco psicoanalítico de filiación inglesa¹⁸³ para señalar

¹⁸³ La filiación teórica del autor requiere una aclaración: en rigor de verdad, Bowlby formaba parte del denominado “*Middle Group*”, una fracción de psicoanalistas al interior de la *British Psychoanalytical Society* (BPS), conformada poco antes del período de las “Grandes Controversias” (*Controversial Discussions*), que entre 1940 y 1944 enfrentó las posturas de los psicoanalistas reunidos en torno a Melanie Klein y aquellos partidarios de Freud que se nuclearon alrededor de Anna Freud. El saldo de las Grandes Controversias fue el reconocimiento oficial de la BPS de la existencia de tres tendencias en su interior: kleinianos, annafreudianos e Independientes, que aceptaban a la vez ambas posturas y mantenían una actitud antidogmática (Holmes, 1993; Roudinesco & Plon, 2008). Sobre las “Grandes Controversias” y las diferencias entre Anna Freud y Melanie Klein, véanse Geissmann, C., & Geissmann, P. (2002). *Historia del psicoanálisis infantil. Movimientos, ideas y perspectivas*. Madrid: Editorial Síntesis y Roudinesco, E., & Plon, M. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis* (2da ed.). Buenos Aires: Paidós. Un estudio de mayor profundidad puede hallarse en King, P., & Steiner, R. (Eds.). (1991). *The Freud-Klein Controversies 1941–45*. London: Routledge.

que esta relación con la madre abría un campo para la expansión normal de los sentimientos de amor y odio desmedidos, característicos de los primeros tiempos de la vida. Solo de ese modo dichos sentimientos alcanzarían una forma limitada y encauzable durante la formación de la personalidad (Bowlby, 1954).

Como señalamos, el trabajo de Bowlby tuvo amplia repercusión y, si bien se basaba en estudios previos, logró construir consenso en torno al tema en base a enfatizar los puntos de acuerdo entre diversas figuras relevantes del campo de la psiquiatría y la psicología infantil, tales como René Spitz, Margaret Ribble, Arnold Gesell y Anna Freud, entre otros. Esto último, sin embargo, le valió algunas críticas que apuntaron a la sobregeneralización de sus interpretaciones, derivadas de observaciones hechas en diferentes tipo de instituciones y en niños con historias de vida igualmente disímiles (Sbarra et al., 1963).

La amplia repercusión del informe de Bowlby puede apreciarse no sólo en virtud de la explicación que daba al problema del hospitalismo en una época de ascenso del psicoanálisis y el movimiento de la salud mental. Es preciso además considerar los alcances del concepto de “privación maternal”, que refería la ausencia de la relación materno-filial. En efecto, se trataba de un término amplio, que abarcaba diversos panoramas. Así, el niño que convivía con una madre incapaz de proporcionarle un cuidado amoroso se consideraba víctima de una privación parcial, cuyas repercusiones eran más moderadas que en el caso del niño completamente separado de su madre y carente de cuidado personalizado y afectuoso. Pero si bien variaba la intensidad, en ambos casos los efectos de la privación eran similares: ansiedad aguda, anhelo de amor desmedido, fuertes sentimientos de venganza y, en consecuencia, un gran monto de culpa y depresión. Todas esas emociones resultaban demasiado poderosas para los

frágiles e inmaduros medios de organización y dominio con los que contaba el niño en los comienzos de su vida. En el caso de la privación absoluta, el riesgo era particularmente peligroso, puesto que la incidencia de las emociones en el desarrollo del carácter podía llegar a invalidar por completo la capacidad de adaptación social del sujeto, dando lugar al desarrollo de una personalidad psicopática, anti-afectiva e inclinada a la delincuencia. Aquí radicaba la principal amenaza para la vida en sociedad, hecho que llevaba a Bowlby a concluir que “Los niños privados, ya sea en sus propios hogares o fuera de ellos, son una fuente de infección social, tan real y grave como puedan serlo los vectores de la difteria o de la fiebre tifoidea” (Bowlby, 1954, p. 192).

Perspectivas como la de Bowlby ponen de manifiesto una serie de rasgos que marcaron fuertemente el campo de los saberes expertos sobre salud infantil durante la Segunda Posguerra. En otros capítulos hemos visto que, en líneas generales, la dimensión afectiva comenzó a posicionarse en el centro de la escena, relegando a un segundo plano los aspectos relativos a la supervivencia del niño y a su desarrollo físico, que parecían estar cada vez más supeditados a ella. Esta modificación, solidaria de lo antedicho con respecto a la noción de salud propuesta por la OMS, era heredera de la tradición de la higiene mental, cuyo discurso hacía foco en la familia como un terreno de aprendizaje capaz de garantizar la adaptación social del sujeto (Reca, 1942). En el marco de las transformaciones que experimentaron las concepciones de crianza a la luz del reposicionamiento de la variable afectiva,¹⁸⁴ la mirada de los pediatras se posó en la trama de vínculos establecidos entre los miembros de la familia para comprender a partir de allí el desarrollo psicofísico del niño e intervenir en su curso. Desde esta perspectiva “familiarista”, y aun cuando no se dejaron de lado por completo las concepciones previas, el nivel de normalidad del niño comenzó a ponderarse en función

¹⁸⁴Al respecto, véase el cuarto capítulo de esta tesis.

del grado de equilibrio emocional de los padres y de la calidad de los vínculos establecidos con sus hijos (Rose, 1990).

La recepción local de las ideas de Bowlby: maternidad y salud mental infantil

En lo que respecta a la circulación de las ideas de Bowlby en el campo de la medicina infantil rioplatense, una primera cuestión a destacar es que, si bien el texto se publicó en español en 1954, es recién a comienzos de la década de 1960 que pueden rastrearse las primeras referencias explícitas en revistas médicas, eventos científicos y libros de divulgación. Este hecho puede inscribirse en el marco del ascenso del concepto de salud mental y la confluencia y expansión de los discursos “psi”, en un contexto de reorganización de los servicios de salud que cobró particular impulso a partir de 1955, luego del derrocamiento del segundo gobierno de Perón (Plotkin, 2003). Es de destacar asimismo que si bien Bowlby se basaba en un marco teórico psicoanalítico, sus ideas no parecen haber despertado interés en el ámbito psicoanalítico local, a juzgar por la total ausencia de referencias al autor en la *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina* durante el período indagado.¹⁸⁵ Esto marca una diferencia notable con respecto a lo ocurrido en Estados Unidos, donde las ideas de Bowlby encontraron un público altamente receptivo entre psicoanalistas norteamericanos como David Levy, René Spitz y Margaret Ribble, cuyos trabajos habían indagado el papel de la madre en la modulación emocional del niño (Vicedo, 2011). En el Río de la Plata, por el contrario, los desarrollos de Bowlby parecen haber interpelado únicamente a un sector dentro del campo de la medicina infantil que, además de lidiar con el histórico problema del

¹⁸⁵ Es posible que este desinterés de los psicoanalistas de la institución oficial local por los desarrollos de Bowlby se deba a que, como mencionamos (ver nota al pie n.183), el autor formaba parte del grupo de los Independientes, que se resistía a alinearse a alguna de las otras dos corrientes surgidas en el seno de la *British Psychoanalytical Society* (annafreudianos y kleinianos). Si bien la producción de Bowlby lleva la marca de la “escuela inglesa”, su interés por estudiar el desarrollo psíquico del niño en relación con el ambiente lo alejaba a todas luces de la perspectiva puramente intrapsíquica de la escuela kleiniana, que constituía en esos años el marco teórico y clínico hegemónico al interior de la APA.

hospitalismo, mostraba un creciente interés en abordar las patologías infantiles por medio de enfoques capaces de dialogar con la psicología, el psicoanálisis y las ciencias sociales. Un caso paradigmático al respecto es el de Florencio Escardó. Si bien desde los años treinta Escardó había publicado numerosos artículos en revistas científicas y de divulgación, así como también libros destinados a un público amplio, hacia la década de 1950 su modo de abordar los problemas pediátricos sufrió cierta reconfiguración que desembocó en sus desarrollos en torno al enfoque psicosomático, al cual ya hemos hecho referencia.¹⁸⁶ En uno de los capítulos añadido en 1962 a propósito de la cuarta edición de su libro *Anatomía de la Familia*, Escardó se explayaba en lo que consideraba “la razón de ser de la familia”. Sostenía que lo constante era la necesidad de la familia de ser “(...) un gran centro de salud mental y de equilibrio psico-social continuo y trascendente” (Escardó, 1962, p. 17). Esta concepción, basada en el criterio de salud mental de la OMS, se complementaba con la idea de que existían ciertas funciones básicas de la familia. En lo que respecta a la función-madre, el capítulo añadido en 1962 se refería a su especificidad, que Escardó vinculaba con la capacidad de brindar al niño una seguridad afectiva sobre la cual edificar su vida anímica. Para fundamentarlo, retomaba casi textualmente lo planteado por Bowlby en su informe de 1950:

hoy se sabe de un modo científico absoluto que los contactos del niño con su madre en los primeros tiempos de la vida son tan necesarios para la vida física, afectiva y mental del pequeño como la vitamina D para la formación de sus huesos (...) Sin un contacto físico e íntimo y sin una relación positiva con su madre el chico no disfrutará en el futuro de salud mental suficiente (Escardó, 1962, p. 18).

Siguiendo a Bowlby, Escardó planteaba que era responsabilidad de la madre dar al niño seguridad afectiva en el seno de una relación positiva que lo considerara una

¹⁸⁶Al respecto, véase el primer capítulo de esta tesis.

prolongación de su propia personalidad. Asimismo, en su valoración positiva de la familia reducida como paradigma de la realización personal –versus la gran familia de antaño, en la que primaba la realización social–, el autor no dejaba de remarcar la importancia de la participación de la madre en ámbitos extra-domésticos, lo cual permitía repensar la función materna en términos de la calidad y ya no de la cantidad de atención brindada al niño:

Puede una madre atender su oficina o su negocio ocho horas por día pero, si al volver a la casa, baña a su hijo, le da su última comida y lo acuesta a dormir poniendo en ello un tono de intercambio afectivo suficiente para que tanto ella como el niño se sientan felices, cumplirá su función materna mejor que aquella otra que estando todo el día junto a su hijo siente que la tarea de atenderlo es pesada e incómoda. Cinco minutos de comprensión obtienen más que cinco horas de asistencia maternal cumplida sin gusto (Escardó, 1962, p. 73).

Esta suerte de apertura a la reconfiguración del rol social de las mujeres puede inscribirse en los debates de posguerra que, en el contexto norteamericano y europeo, repensaron la función de las mujeres en la sociedad luego de su inserción masiva en el mundo asalariado durante el conflicto bélico (Vicedo, 2011). En el caso de la Argentina, el primer peronismo inauguró un período de irrupción de la mujer en el ámbito público, a través del mercado de trabajo y la participación política. Sin embargo, llegando al final de los años cuarenta y luego de un primer período en el que acompañaron la marcada inserción laboral de la mujer elogiando sus capacidades y alimentando las aspiraciones de liberación por medio de la igualdad de derechos, el discurso oficial y el de la cultura de masas procuraron reducir el abismo entre lo privado y lo público. El modelo de mujer-madre-ama de casa fue reforzado situando a la mujer como delegada del orden estatal peronista en el ámbito hogareño. La imagen de la mujer como

“guardiana del hogar”, garantizó así que aquellos cambios no alteraran el orden patriarcal (Franco & Pulido, 1997; Girbal-Blacha, 2006).

Planteos como el de Escardó ponían de manifiesto el intento de contemplar las actividades femeninas extra-domésticas como parte de un panorama de desarrollo económico que, hacia los años sesenta, auspició el incremento de la participación económica femenina (García de Fanelli, 1991). Es preciso señalar, no obstante, que la obra de Escardó mostraba una postura moderada con respecto a los cambios en las relaciones de género, naturalizando la hegemonía de la familia doméstica (Cosse, 2010). En este punto, cabe suponer que el recurso a un saber psicológico –en este caso a través de las ideas de Bowlby– contribuyó a naturalizar la supuesta existencia de un lazo afectivo constitutivo entre madre e hijo, con su correlato en la interdependencia necesaria para el desarrollo emocional del niño. En los albores de la década del sesenta, el modelo de familia nuclear siguió operando como horizonte normativo, si bien comenzaba a ser interpelado por fenómenos como la creciente participación de la mujer en el ámbito público. En este contexto, un discurso como el de Escardó, que se mostraba a tono con cierto clima de renovación en el campo de las ciencias de la salud, habría seguido cumpliendo una función normativizante, aun cuando no desaconsejara las actividades femeninas extra-domésticas. Al respecto, hay que destacar que tanto en la ponencia sobre hospitalismo de 1963 como en la reedición de *Anatomía de la Familia*, Escardó citaba los pasajes del informe Bowlby que muestran su postura más radical en torno a la relación entre la salud mental y los cuidados maternos. Esto es particularmente significativo si se tiene en cuenta que en 1962 la OMS publicó *Privación de los cuidados maternos. Una revisión de sus consecuencias*. Se trataba de un conjunto de trabajos que, en su mayoría, revisaban críticamente las tesis de Bowlby, señalando, entre otras cosas, la importancia de considerar el papel del padre en la

privación, el carácter dudoso de la supuesta irreversibilidad de los daños por privación maternal y los reparos que cabía establecer frente a conclusiones demasiado generalizadas. A juzgar por la reseña realizada por profesionales de la Casa Cuna de la ciudad de La Plata, puede afirmarse que la revisión del informe Bowlby circuló en el ámbito médico local y que su lectura condujo a problematizar –aunque sin desautorizar completamente– los alcances de sus conclusiones:

La obra de Bowlby tuvo innegables consecuencias provechosas en cuanto hizo parar la atención sobre un problema de higiene mental poco transitado, pero sus deducciones teóricas –especialmente en lo que se refiere a la génesis de muchos casos de conducta anómala y de delincuencia en adolescentes y adultos, con fundamento en la “privación materna”– y asimismo sus sombrías conclusiones, han sido sometidas a disímiles críticas (Sbarra, Alcaide, & Carneiro, 1963, p. 20).

Frente a este hecho, y lejos de discutir o matizar las afirmaciones de Bowlby, Escardó sostenía que las críticas al informe “(...) no han hecho sino confirmar su orientación y la seriedad del aporte” (Escardó & Giberti, 1965, pp. 439-440).

La importancia atribuida por Escardó a la privación materna como factor clave en los casos de hospitalismo y, en un plano más general, en la salud mental del niño, seguía de cerca lo planteado por Bowlby en su informe, en el cual discutía con quienes atribuían los “retrasos” del desarrollo a la herencia. Si bien Bowlby no dejaba de reconocer la incidencia del componente biológico, hacía énfasis en la idea de que los fenómenos se explicaban menos por una herencia defectuosa que por las relaciones defectuosas con la figura materna. La prueba de ello venía dada por los numerosos estudios que habían medido el coeficiente de desarrollo (CD) a través de escalas como las de Charlotte Bühler y Arnold Gesell, comprobando que el decrecimiento del CD se profundizaba al pasar más tiempo en situación de privación. Puede pensarse que estas

ideas tuvieron peso en el impulso que el propio Escardó dio a la internación conjunta de la madre y el niño. Pero, a diferencia de la vecina orilla donde, como mencionamos, dicho dispositivo se implementaba desde la década del treinta, la propuesta de Escardó no encontró entre los médicos porteños un terreno propicio para su puesta en práctica (Wasertreguer & Raizman, 2009). Nocetti Fasolino (1956), que identificaba en la insuficiente asistencia psíquica uno de los principales motivos del hospitalismo, se oponía sin embargo a la internación conjunta por considerar que alejaba a la madre del hogar. Otro de los opositores al ingreso de las madres en los nosocomios fue Raúl Beranger, autor de quien ya nos ocupamos anteriormente. En 1959, en el marco de una Mesa Redonda sobre hospitalización del lactante en las X Jornadas Argentinas de Pediatría, Beranger ratificaba su postura de 1943 sobre la inconveniencia de la internación conjunta. Dicha postura se apoyaba en dos argumentos: por un lado, el de la existencia de un psiquismo infantil rudimentario que carecía del concepto de madre y que, por ello mismo, no prestaba una atención diferencial a la fuente de la cual provenían los cuidados recibidos. Así, la madre podía ser reemplazada sin problemas por una cuidadora capacitada y responsable:

los psicólogos hablan de las serias psicosis que representan la separación de la madre, pero no hay tal cosa porque no hay estructura del concepto de madre, solamente cuidadora; el niño cuidado –me refiero al niño pequeño– por una cuidadora abnegada, consciente, responsable de su misión, puede reemplazar en ese sentido, en ese aspecto, al niño, en cuanto al cuidado afectivo, lo puede reemplazar perfectamente bien (Turró et al., 1959, p. 250).

Por otro lado, y aun cuando reconocía las ventajas de la presencia materna para cubrir los déficits de personal hospitalario, Beranger argumentaba que las madres “(...) suelen ser un poco peleadoras, crean situaciones graves, de grandes inconvenientes,

reclaman para su hijo exclusiva asistencia, prescinden de la asistencia de los demás; de manera que no hay mucho entusiasmo en la necesidad de que la madre permanezca” (Turró et al., 1959, pp. 250-251).

Este tipo de concepciones eran herederas de una construcción discursiva de larga data, que oponía la racionalidad y la eficacia de la ciencia médica a la irracionalidad e ineficacia de los saberes y prácticas populares (Boltanski, 1974). En el caso de la crianza y el cuidado de los niños, el discurso médico destacó la necesidad de reemplazar las prácticas tradicionales y los consejos de las abuelas y comadronas por las pautas de crianza “científicas”. Bajo esta mirada, las madres debían convertirse en aliadas del médico en el cuidado del niño, para lo cual era preciso que renunciaran a las prácticas cimentadas en la tradición y mostraran plena predisposición a escuchar las indicaciones del experto y seguirlas rigurosamente (Briolotti & Benítez, 2014; Darré, 2013; de Luna Freire, 2008). La postura de ciertos médicos frente a la internación conjunta, muestra que, tal como ha señalado Nari (2004) la actitud de las madres –fundamentalmente las que pertenecían a las clases populares– frente al saber y la práctica médica no siempre estuvo a la altura de las expectativas de los expertos.

El recorrido realizado muestra, sin embargo, que los problemas suscitados como consecuencia de la institucionalización de los niños de primera infancia pusieron de manifiesto la importancia de los cuidados y del afecto materno sobre la base de un conjunto de ideas en torno al rol de la madre como organizador del psiquismo infantil. Este hecho habría obligado a una suerte de reconfiguración de las representaciones que los propios médicos tenían acerca del rol de la madre en la crianza y el cuidado infantil. Veamos las razones que esgrimían Escardó y Giberti para solicitar una reforma del sistema de hospitalización infantil que incluyera la internación conjunta como respuesta al problema del hospitalismo:

sólo por crueldad inconsciente puede privarse a un niño de su madre en el momento en que más la necesita y en que más útil puede serle. (...) No desconocemos ni marginamos los caracteres negativos de una madre hostil, rechazante, sobreprotectora, perfeccionista o inmadura; pero sí afirmamos que una mala madre es mucho mejor que ninguna madre, que cualquiera sean sus defectos, su presencia junto al niño es beneficiosa y su ausencia deletérea y que si es capaz de engendrar situaciones psicotóxicas la internación da precisamente el motivo para reconocerlas y tratarlas. A la hospitalización del lactante hemos sustituido la de la unidad biopsíquica madre-niño con todas sus realidades (Escardó y Giberti, 1965, p. 449).

El enfoque propuesto por los autores ponía de relieve que, lejos de no saber, las madres (y sólo ellas) sabían cuidar y querer, y que por esa razón eran insustituibles. Estos hechos permiten apreciar el modo como, en los años sesenta, la recepción médica de ciertas ideas sobre la salud mental infantil promovió una suerte de reformulación de los deberes maternos en términos psicológicos. Y si bien los discursos pediátricos renovadores buscaron dialogar con las reconfiguraciones sociales del rol de la mujer en la pareja y la familia, no se apartaron sustancialmente de las posturas más conservadoras. En la Argentina de los años sesenta la maternidad continuó siendo un pilar fundamental de la identidad femenina, aunque se modificó en el sentido de una responsabilidad más compleja y exigente (Cosse, 2010b). Los discursos psicológicos de posguerra vehiculizados, entre otras, por la disciplina médica, generaron una suerte de fascinación entre las madres, al tiempo que las intimidaron a raíz de la centralidad atribuida a sus conductas en la conformación de la personalidad infantil. En este marco y en virtud de lo desarrollado hasta aquí, podría afirmarse que ciertas lecturas médicas de los saberes psicológicos remozaron el clásico concepto de “instinto materno”,

perpetuando la imagen –consolidada en el siglo XIX– del padre como productor de riquezas, proveedor de recursos y autoridad moral frente al niño (Knibiehler, 2001).

5.4. Conclusiones del capítulo

Este capítulo analizó la relación entre medicina infantil y saberes “psi” a partir del estudio de ciertos temas y problemas vinculados con la nutrición del niño de primera infancia. Hemos mostrado la interdependencia existente entre la alimentación y el desarrollo psicofísico y el modo como el discurso médico valoró la alimentación a pecho, dotándola de diferentes significados a lo largo del período estudiado y en consonancia con una creciente “psicologización” del niño y la crianza. A su vez, hemos podido observar que a lo largo de todo el período analizado en esta tesis, la mirada de los expertos sobre el desarrollo del niño y su nutrición interpeló a la familia, ya sea desde un paradigma higiénico tendiente a corregir errores y desajustes ambientales o bien desde las ideas del movimiento de salud mental, con su énfasis en la calidad de los intercambios afectivos con el entorno.

La inapetencia de origen psíquico promovió la búsqueda de explicaciones fundadas en diversos conceptos provenientes de la psicología y del psicoanálisis, que, aun cuando no fuesen las únicas hipótesis admitidas por los pediatras, parecieran haber ganado terreno hacia los años cincuenta. En este marco, hemos intentado analizar el rol que cabe atribuir al saber psicológico en el cruce del discurso médico con una trama de temas y problemas más amplia, que sin dudas desbordaba el trastorno alimenticio en cuestión. En el primer momento estudiado el problema de la inapetencia dio lugar a consideraciones acerca de la necesidad de disciplinar los hábitos alimenticios del niño, asumiendo la premisa según la cual el comportamiento infantil era sumamente

influenciable por los estímulos del medio. A su vez, la indicación de moderar los mimos y la sobreprotección puso en primer plano la imposición de cierta autoridad sobre las manifestaciones infantiles. Este hecho se vinculó con un modo de pensar el desarrollo infantil en el seno de la familia nuclear como agente socializador, aspecto que cobraba particular relevancia en un contexto de inestabilidad política y potencial conflictividad social. En cuanto al segundo momento, si bien muchos de los postulados planteados en las décadas previas seguían en pie, el discurso de la medicina infantil recurrió a conceptos y teorías provenientes de la psicología, del psicoanálisis y de las ciencias sociales en el marco de un creciente interés en torno al pleno desenvolvimiento de la personalidad infantil en el seno de la familia entendida como un conjunto de relaciones centradas en la cualidad de los intercambios afectivos. Si bien a lo largo de todo el período estudiado se atribuyó un papel central al entorno del niño en el origen de la “inapetencia esencial”, la forma de concebir esa influencia se modificaría en consonancia con el cambio en las referencias teóricas. Así, si anteriormente el entorno podía influir de modo negativo debido a ciertas maniobras inadecuadas o manifestaciones de afecto desmedidas, hacia el final del período estudiado el ambiente cobraba importancia en virtud de su incidencia significativa en el desarrollo emocional del niño y en el despliegue de sus potencialidades.

Las distrofias del desarrollo constituyeron otro núcleo problemático en torno al cual gravitaron conjuntamente los saberes médicos y psicológicos. El hecho de no poseer un agente etiológico específico complejizaba tanto el diagnóstico como el pronóstico y el tratamiento, y dio lugar a diversos cambios en la concepción médica sobre las causas, que llegó a incluir a los “factores psíquicos”. En tal sentido, y si bien la consideración de los pediatras sobre la etiología de las distrofias otorgó un lugar primordial a la nutrición, hacia el final del período aquí analizado cobró especial

relevancia la incidencia del ambiente. De “enfermedades gastrointestinales” a “disontia”, pasando por “trastornos nutritivos”, la noción de distrofia fue perfilándose a lo largo del siglo pasado como un cuadro “pluricarencial”, en el cual la falta de nutrientes se conjugaba con la miseria, la ignorancia y la “carencia de cuidados maternos”.

Fue el hospital el sitio donde los médicos asistieron al dramático panorama de la desmejora y mortalidad infantil a raíz de distrofias que no podían sino atribuirse a la falta de esos mimos y juegos que los consejos de crianza no vacilaban en condenar. El recorrido realizado a lo largo de este capítulo intentó precisar algunas cuestiones acerca del hospitalismo entendido como un problema práctico, que suscitó la preocupación de los médicos en torno a la necesidad de asegurar la supervivencia de los niños de primera infancia que debían permanecer institucionalizados. En un contexto en el cual subsistían inquietudes en torno al componente poblacional del país, las primeras décadas del período estudiado muestran que el foco de las intervenciones médicas sobre el hospitalismo estuvo puesto en la supervivencia y el desarrollo físico del niño, aun cuando se reconociera el papel deletéreo que cumplían las fallas en la estimulación psíquica. La inevitable comparación entre el contexto institucional y el modelo de crianza al interior de la familia reducida, unida a las ventajas de la implementación del dispositivo de Colocación Familiar, habilitaron una revalorización de la crianza en el núcleo familiar. El discurso médico reprodujo el papel central atribuido a la madre y producto de la división de roles al interior del modelo familiar tradicional, fundamentándolo en el lazo biológico que la unía a su hijo y en una serie de rasgos virtuosos como la ternura y la dedicación, reconducibles en última instancia a cierta “naturaleza femenina”. La circulación de los hallazgos publicados por Bowlby dio lugar a una reformulación del problema del hospitalismo y, en líneas generales, del desarrollo

infantil. A partir de la segunda mitad del siglo pasado, el estudio de los vínculos establecidos por el niño cobraría una importancia decisiva en relación con el desarrollo de su personalidad y su adaptación al entorno social. Sin embargo, si bien se presentaban como novedosas, estas ideas se inscribieron en un entramado previo de concepciones y valoraciones médicas acerca del niño, la maternidad y la crianza. En ese sentido, hemos visto que la recepción local de las ideas de Bowlby contribuyó al sostenimiento de la imagen tradicional de madre y reforzó la división social de roles en función del género al atribuir a la mujer la categoría de “organizador psíquico” del niño. A su vez, y si bien nos hemos detenido en ciertas particularidades de la circulación y recepción de los saberes psicológicos en la región rioplatense, las repercusiones del “informe Bowlby” a nivel mundial relativizan los localismos al situar ciertas concepciones de maternidad y desarrollo infantil en un plano de circulación transnacional.

El impacto alcanzado por la tesis central del informe de Bowlby y su difusión a un público amplio permiten apreciar el modo como los saberes “psi” impulsaron y legitimaron numerosas intervenciones sobre problemáticas infantiles, tanto en el ámbito privado como en el plano de las políticas de bienestar y las prácticas de institucionalización. En ese sentido, las propuestas de internación conjunta de la madre con el hijo y la comprobación de que una organización hospitalaria eficiente no podía superar las virtudes de la dedicación y el afecto, participaron en lo que ha sido caracterizado como un fenómeno propio del siglo XX, que conllevó la dilución de la enfermedad en el espacio: el hospital, que antes era un foco de infección aislado del mundo detrás de sus muros, se abrió a la comunidad modificando radicalmente la experiencia de la enfermedad (Moulin, 2006).

Conclusiones

Esta tesis ha intentado realizar un aporte al campo de los estudios históricos de las disciplinas “psi” en la Argentina, por medio de la indagación de las relaciones que la pediatría rioplatense estableció con los saberes psicológicos entre 1930 y 1963. Nos interesó rastrear la impronta de los discursos psicológicos tanto en la comprensión del desarrollo y de los factores que inciden sobre él, como en el establecimiento de parámetros de normalidad y en las consecuentes intervenciones tendientes a favorecer un desarrollo “normal”. Aun cuando no hayamos abordado con la misma exhaustividad lo acontecido en el Uruguay, apostamos a la idea de circunscribir nuestro estudio a la región del Río de la Plata por considerarla productiva para pensar la circulación y recepción de saberes en virtud de la proximidad geográfica y cultural y de la rica sociabilidad que se dio entre los pediatras de ambas costas.

Si bien ciertos autores han tenido mayor protagonismo en los diferentes capítulos, la investigación se ha propuesto realizar un recorrido de más largo alcance a través de diversas publicaciones científicas y de divulgación relativas al campo de la pediatría y la puericultura. Esto ha permitido, en ciertos casos, iluminar el recorrido de autores que hasta el momento no habían sido abordados en trabajos históricos y, a su vez, profundizar y enriquecer la mirada sobre los diálogos entre pediatría y saberes “psi” respecto de figuras de relevancia como es el caso de Juan P. Garrahan.

Uno de los principales objetivos de esta investigación fue identificar el lugar destinado al conocimiento psicológico en la formación y la práctica pediátrica, en un período previo a la conformación de la psicología como profesión autónoma. Los resultados de esta tesis dejan planteadas dos cuestiones: por un lado, una primera mirada de conjunto al campo de la medicina infantil pone de manifiesto cierta

circulación y apropiación de saberes y técnicas psicológicos, que tuvo una mayor visibilidad promediando la década de 1950. Por otro lado, esta recepción de saberes “psi” en el ámbito de la salud infantil estableció un campo de problemas y referencias teóricas que recibió años más tarde a los primeros psicólogos que comenzaron a trabajar en Servicios de Pediatría de hospitales, en Casas Cuna y en Centros de Atención Materno-infantil. En este punto es preciso recordar que, en el período estudiado, la medicina local señalaba de modo recurrente la escasa formación de sus profesionales en temas de psicología. En tal sentido, podría plantearse que los médicos avanzaron en delinear un enfoque biopsicosocial para el cual no poseían una formación específica ni herramientas terapéuticas claras, pero que parecía necesario para desempeñar su rol de un modo más “eficaz” y ajustado a un objeto de estudio como el niño, cuya caracterización se complejizó a en las décadas aquí estudiadas. Esto contribuyó asimismo al proceso de reconocimiento y legitimación del saber psicológico por parte de la comunidad científica. Los primeros psicólogos clínicos que egresaron a comienzos de los años sesenta heredaron así un campo de problemas –delimitado asimismo por la psiquiatría infantil– en torno al abordaje de los cuadros psicósomáticos y los trastornos de conducta. A su vez, la evaluación del desarrollo psicológico fue una tarea relevante en los comienzos de la profesión, tal como lo prueba la inclusión de psicólogas en investigaciones médicas sobre el desarrollo que incluían el uso de tests. Pareciera que, en sus comienzos, la interacción entre pediatras y psicólogos tuvo lugar a partir del perfil profesional del psicólogo como un “testista” auxiliar del médico. La dinámica relacional que ello implicó, así como las negociaciones y las disputas entre campos profesionales ha sido una de las cuestiones que este estudio buscó precisar. En ese sentido, nuestro recorrido ha aportado elementos que permiten pensar la definición de los límites disciplinares como un proceso complejo y móvil, que se realiza a partir de

prácticas tendientes a resolver problemas concretos. La forma crecientemente “psicologizada” de comprender el desarrollo infantil parece haber impactado en la manera como los médicos de niños reflexionaron acerca de su formación y de su práctica y en las estrategias de legitimación del saber pediátrico y su diferenciación no solo respecto de la psicología sino también de la neurología y la psiquiatría infantil. En ese sentido, hemos observado que, en el discurso de algunas de las figuras del campo pediátrico, esta disciplina comportaba una mayor relevancia que otras debido a que, al dedicarse a la atención de los niños, prevenía enfermedades y trastornos en la vida adulta.

Los elementos desplegados a lo largo de esta investigación contribuyen de algún modo a profundizar el conocimiento de la historia de la medicina infantil. La vinculación fundacional de la pediatría con el higienismo como programa de reforma social de base científica y filantrópica contribuyó a delinear en los médicos cierta vocación pedagógica cuya máxima expresión se halla en el campo de la puericultura y los consejos de crianza. Esta tesis ha mostrado que el campo pediátrico concibió a la primera infancia como un período decisivo para la salud mental y la futura integración social del sujeto. Esto, sumado a la percepción del niño como un ser dependiente en grado sumo del ambiente (del vientre y del pecho maternos en un comienzo y posteriormente de la familia como instancia protectora y formadora del carácter), demarcó un área de intervención sobre el cuerpo y las conductas maternas y sobre el entorno del niño como instancias con un impacto decisivo en su supervivencia. A su vez, este perfil preventivo y médico-social –fundado en la premisa según la cual la infancia encerraba la promesa de un futuro venturoso para la Nación– parece haber servido de base a la posterior recepción y apropiación de saberes “psi”, en el marco de las relaciones de la medicina con la eugenesia y la higiene mental. En diferentes

momentos de esta tesis hemos podido apreciar que, durante buena parte del período analizado, la ponderación del desarrollo psicosensorial así como las iniciativas de la puericultura o las intervenciones en torno a problemas como la inapetencia o el hospitalismo se vincularon con la preocupación eugenésica por el componente humano de la Nación que, en las primeras décadas del período trabajado, se estructuró en base a la necesidad de fomentar la natalidad desde una orientación poblacionista y anti-neomalthusiana. Asimismo, hemos visto que, en sus intervenciones, los pediatras se acercaron al campo de la higiene mental con su énfasis en la prevención y la mejora de individuo a través de la intervención sobre el ambiente. Esto nos ha permitido mostrar que la preocupación por el desarrollo psíquico infantil y los cuadros psicopatológicos no fue privativa de la psiquiatría, sino que incluyó otras ramas de la medicina, tales como la pediatría. Los resultados arrojados por este estudio permiten asimismo observar que en el campo de la medicina infantil rioplatense la retórica eugenésica del mejoramiento de la raza entró en franca declinación luego de la Segunda Guerra Mundial, mientras que la impronta del discurso higiénico no dejó de estar presente en el marco de cierta tradición de acuerdo con la cual la pediatría debía mantener un vínculo integral y constante con la prevención y la promoción de la salud física y mental.

A lo largo de esta tesis hemos tratado de dar cuenta de las continuidades y rupturas que supuso el proceso por el cual la pediatría prefiguró un enfoque capaz de ir más allá de la patología y la clínica infantil para contemplar al niño en su medio social, atendiendo a su vez a las variables psicológicas en juego en su desarrollo. Al respecto, otro de los interrogantes que guió esta investigación propuso dar cuenta del modo como el diálogo entre medicina y saberes “psi” se articuló con la expansión de los discursos psicológicos a mediados del siglo pasado. En tal sentido, hemos mostrado que al interior del campo de la medicina infantil las décadas aquí estudiadas vieron emerger

cuestionamientos al modelo mecanicista decimonónico y propuestas que buscaban humanizar el enfoque médico y abordar de modo más completo al paciente. Estas ideas tomaron forma en propuestas como la “pediatría psicosomática” de Florencio Escardó o la “nueva puericultura” de Juan P. Garrahan, que procuraban superar los límites de los enfoques organicistas y desarrollar un abordaje más sofisticado, que trascendiera la mera preocupación por la supervivencia del niño. A mediados del siglo pasado, estas ideas en torno a cierto “holismo médico” –que se planteaban ya desde la década del treinta– reflorecieron en el contexto de la Segunda Posguerra, en el cual los organismos internacionales y los Estados establecieron una agenda de problemas en torno a los derechos del niño y fortalecieron su compromiso con el bienestar físico y emocional de las nuevas generaciones. Dicha renovación de la centralidad de la infancia –tan propia de “el siglo de los niños” que propugnara Ellen Key– se produjo asimismo en el marco del ascenso de las ciencias sociales, la psicología y el psicoanálisis como marcos interpretativos de numerosos fenómenos humanos. En un mundo en el que los saberes “psi” se convertían en una suerte de grilla de lectura para comprender diversos problemas atinentes a la salud infantil, la pediatría encontró en los desarrollos de la medicina psicosomática un campo de indagaciones fecundo para ampliar, profundizar y refinar su enfoque. Ciertos rasgos propios de su objeto de estudio abonaban a su vez esta perspectiva, al plantear la íntima conexión que, en los primeros tiempos de vida, tenía lugar entre el desarrollo psíquico y el somático. Sin embargo, hemos podido apreciar que, en el período indagado, estas modificaciones se mantuvieron restringidas a ciertos ámbitos universitarios y hospitalarios. Asimismo, en diferentes capítulos hemos visto que no eran pocos los médicos que mostraban cierta reticencia a aceptar que las causas de una enfermedad podían situarse a nivel emocional o a incorporar los instrumentos de evaluación psicológica. En suma, las iniciativas de algunos

representantes del campo de la medicina infantil no consiguieron rebatir por completo el enfoque dualista de la disciplina, tendiente a promover una visión compartimentalizada en la que el todo es igual a la suma de las partes y se explica por reducción a sus elementos materiales. Al respecto, Miguel de Asúa ha hecho notar que a lo largo del siglo XX esta medicina científico-natural se mantuvo como un paradigma que fue llevado al extremo por las tecnologías de alta complejidad. Es en este sentido que podría afirmarse que los proyectos de autores como Escardó y Garrahan se situaban en un “horizonte de expectativas” que anunciaba, al decir de Escardó, una pediatría entendida como “medicina del Hombre”. Otra cuestión a destacar es que, más o menos veladamente, la crítica al organicismo implicó cierto retorno a un naturalismo que tal vez se pretendía más abarcativo, hasta incluir instancias claramente sociales como el vínculo madre-hijo. Al respecto, cabe pensar tal vez en cierta lógica médica, una matriz de pensamiento que, al incorporar un conocimiento psicológico, lo hace desde la premisa naturalista. Dicho de otra manera, la pediatría habría incorporado lo psicológico pero tendiendo a “naturalizarlo”, es decir, a plantearlo en términos de “necesidades psíquicas” equiparables a las necesidades biológicas. Una de las metáforas que mejor ilustra esta idea es aquella que sostenía que el cariño brindado por los padres constituía la “vitamina psíquica” del niño. Esto complejiza en gran medida el estudio del proceso de “psicologización” de la infancia y la crianza a mediados del siglo XX y permite en todo caso reflexionar acerca de los modos singulares en que el campo pediátrico se apropió de dicha perspectiva.

Un eje vertebrador de las reflexiones desplegadas en esta tesis fue la noción de desarrollo y las diferentes formas de conceptualizarlo e intervenir en su curso. Hemos visto que, echando mano de instrumentos de evaluación neurológica y psicológica, la medicina de niños se interrogó por el nivel de desarrollo psicológico con el fin de

realizar algún tipo de intervención encaminada a propiciar un desenvolvimiento “normal”. Al respecto, autores como Canguilhem y Foucault nos han permitido situar el carácter típico y deseable que entraña la noción de norma y el modo como la psicología del desarrollo ha cumplido un papel clave en la conformación de criterios de normalidad. En lo que respecta al modo como la recepción de saberes “psi” incidió en la concepción de desarrollo sostenida por los médicos, una mirada de conjunto permite observar que, si bien durante todo el período indagado los médicos mantuvieron una concepción según la cual el desarrollo psicológico marchaba en paralelo al desarrollo neurológico de modo tal de que la aparición de funciones psíquicas estaba supeditada a la maduración biológica, existió desde muy temprano una tendencia a considerar el papel del ambiente en el crecimiento y desarrollo infantil. Hacia los años de 1950 la incidencia ambiental comenzó a ocupar un sitio decisivo en el pensamiento pediátrico, sin dejar de lado por completo la ponderación del componente biológico. Esta atención diferencial hacia la variable ambiente se produjo en consonancia con el ascenso del ideario de la salud mental y su énfasis en la trama emotivo-afectiva y social del sujeto como variable de importancia clave para un desarrollo “normal”. De algún modo, estas concepciones en torno al desarrollo se reencuentran en los usos médicos de las técnicas de evaluación. Cierta tensión entre una concepción maduracionista que subordinaba las manifestaciones psíquicas al desarrollo neurológico y una perspectiva de tipo ambientalista, se inclinó a lo largo de las décadas estudiadas hacia el segundo de los dos polos en tensión. Así, la evaluación basada en la semiología neurológica fue dando paso a escalas de evaluación psicológica, cuyo empleo se vinculó en gran medida con el interés por estudiar de qué modo diferentes variables ambientales (nutrición, entorno, condiciones de crianza) incidían sobre el desarrollo.

A la luz de los preceptos de la higiene mental y de una tradición eugenésica de corte neolamarckiano, los resultados de las pruebas ofrecían información valiosa para dirigir las intervenciones destinadas a modificar las variables ambientales que incidían en el desarrollo. Este tipo de utilización de los tests como instrumentos capaces de aportar datos orientadores se mantuvo constante a lo largo del período estudiado, aunque sostuvo –al menos en lo discursivo– la premisa de no desestimar el juicio clínico frente a los datos arrojados por el test.

Estudiar el campo de la puericultura y los consejos de crianza, nos ha permitido responder a otro de los interrogantes que motivaron esta investigación, vinculado en este caso con las representaciones, valores y prácticas en torno a la infancia y la crianza presentes en la construcción del conocimiento científico y difundidas en la sociedad a través de la tarea de divulgación emprendida por los médicos. La exploración de este tópico mostró que los discursos científicos sobre lo psíquico participaron activamente en la difusión de un modelo de niñez considerado normal y deseable y pusieron en escena ciertas tensiones no resueltas en el discurso de la puericultura. Por un lado, se dio el hecho paradójico de que el “instinto materno” debía ser, no obstante, aprendido y enseñado (por médicos, en su mayoría varones). Por otro lado, y de modo similar, existió una tensión entre la idea de que el desarrollo seguía una trayectoria “natural” y, por ende, pautada genéticamente, y aquella otra que planteaba que debía ser supervisado y eventualmente corregido con el fin de que emergiera de un modo “apropiado”. Si bien no nos hemos propuesto juzgar el nivel de concreción real de los modelos de infancia, maternidad, crianza y educación propuestos por la puericultura, pudimos apreciar una profusa producción de carácter divulgativo cuyo impacto en la construcción de subjetividad de madres y niños no puede ser soslayado, si bien sopesarlo no ha sido nuestro propósito. En las primeras décadas del período aquí analizado, las

prescripciones de crianza hallaron su fundamento en teorías psicológicas de diverso cuño como el conductismo y el psicoanálisis y mostraron una concepción de desarrollo psicológico que se imbricó con cierta noción de orden social y con el ideario del pronatalismo. Así, se consideró al niño como un sujeto moldeable en gran medida por el entorno, que requería de una educación y una disciplina estrictas para adaptarse a las reglas sociales y convertirse en un adulto productivo. La premisa de no estimular en demasía su desarrollo psíquico ni ceder a sus caprichos tuvo por objetivo fomentar la docilidad y facilitar la crianza, promoviendo de ese modo la consolidación de matrimonios prolíficos. En la segunda mitad del siglo XX, con el movimiento de derechos de la infancia, la imagen del niño potencialmente bueno se impuso ante la del “pequeño tirano”, y tendió a acentuarse la idea de que si su desarrollo se desviaba de lo previsto, ello era en gran medida a causa de los errores de los adultos. La puericultura renovó su enfoque volviéndose más sensible a los ritmos madurativos singulares de cada niño y contemplando las vicisitudes de su desarrollo psicoafectivo. No era ya el niño el que tenía que amoldarse al mundo de los adultos, sino los adultos quienes debían imponer su mundo pero estableciendo una suerte de diálogo con el mundo infantil y contemplando los rasgos de personalidad del niño. Aceptar y disfrutar del hijo “tal cual era” constituyó, de allí en adelante, una de las premisas de la crianza “moderna”. Estos cambios entrañaron una revisión del precepto que pautaba la necesidad de ejercer una autoridad firme, lo cual dio lugar al surgimiento de la idea de una autoridad “flexible”, basada en buena parte en cierta confianza de los padres en sí mismos y en su intuición y cariño para conducir la crianza. El despliegue de estas ideas hacia la década de 1950, de la mano de autores como Benjamin Spock, nos ha permitido mostrar el modo como ciertas ideas en torno al desarrollo infantil y la crianza se articularon con formas específicas de interpretar la sociedad y proyectar el destino de las futuras generaciones.

Así, en un mundo occidental que buscaba dejar atrás los totalitarismos, los discursos de la moderna puericultura resituaban el lugar del afecto y la importancia de garantizar al niño la posibilidad de canalizar sus “instintos” en un clima que recreaba al interior de la familia el orden democrático proyectado a escala global.

Otro aspecto que abordamos fue el de la nutrición y sus relaciones con el desarrollo. Hemos visto que las conductas primordiales en relación con la nutrición cobraban especial relevancia puesto que no sólo garantizaban la supervivencia del niño sino que eran concebidas como el punto de partida del conocimiento del mundo y el molde a partir del cual se delinearían las conductas futuras. Hemos mostrado que, en consonancia con los cruces entre pediatría y saberes psicológicos, el problema de la inapetencia fue concebido, en un comienzo, como un problema determinado por la neuropatía constitucional y la mala educación. Hacia la década de 1950 esta perspectiva incorporó los aportes del psicoanálisis ligados a la sexualidad infantil y a la dimensión de goce puesta en la alimentación. A su vez, perspectivas psicosociales como las de Escardó planteaban la necesidad de pensar dicho cuadro como una conducta antisocial, resultado de una distorsión en el funcionamiento familiar. La íntima conexión entre nutrición y desarrollo nos condujo hacia el problema del hospitalismo y, con él, las teorizaciones acerca de la importancia de los cuidados maternos en la primera infancia. El hospitalismo puso en jaque el pensamiento médico naturalista al plantear la paradoja de que, aun con los mejores adelantos técnicos y personal capacitado, el nosocomio precipitaba un deterioro que podía llevar a la muerte del pequeño. Mostró a su vez la ligazón profunda que parecía existir entre el desarrollo y cierto bienestar psicológico que venía dado por los cuidados personalizados y la estimulación psíquica. Situación, una vez más, paradójica, que se contradecía con aquella premisa de no estimular el sistema nervioso del niño durante los primeros meses de vida para no

fabricar un “niño nervioso” o un “pequeño tirano”. Al parecer, el problema de la estimulación psíquica oscilaba entre dos extremos, ligados a la ubicación social del niño: en los sectores sociales medios y altos era necesario limitar las atenciones para prevenir los caprichos (alimenticios, por ejemplo), mientras que en los sectores sociales más desfavorecidos la atención personalizada y la estimulación parecían ser requisitos indispensables para evitar un deterioro físico y psíquico profundo, que pudiera culminar con la muerte del pequeño. Todos estos desarrollos se conectaron con la importancia atribuida a la familia, en la que parecían radicar las condiciones y capacidades de una adaptación social satisfactoria. Asimismo, teorías como la de Bowlby reforzaron ciertos supuestos médicos en torno a la maternidad. En diferentes momentos de esta tesis hemos mostrado de qué modo el discurso de la medicina infantil tendió a naturalizar la maternidad y el vínculo madre-hijo. A esto contribuyó sin dudas el hecho de que disciplinas como la puericultura se ocuparan de la primera infancia, tan cercana a procesos biológicos como la gestación y el parto. Hemos visto que, aun en el caso de planteos de carácter renovador que comenzaron a aparecer hacia el final del período estudiado (por ejemplo, la postura de Escardó en relación con el trabajo femenino), lo novedoso en ciertas formas de pensar e intervenir coexistió con elementos conservadores mostrando las marcas de una década como la de 1960, signada por cierta tensión irresuelta entre hábitos, conductas y formas pensar “tradicionales” y “modernos”. En suma, diversos elementos desplegados a lo largo de este trabajo abonan la hipótesis según la cual el saber médico equiparó la maternidad (gestación y parto, que involucra solo a las mujeres) con el maternazgo (cuidado y crianza de los niños, que compete a toda la sociedad), esencializando de ese modo el rol de la mujer como madre. En este punto, el presente estudio ha mostrado que el ascenso de los saberes “psi” a mediados del siglo XX reforzó en gran medida estas ideas, retraduciendo en términos

psicológicos conceptos de larga data como el de “binomio madre-hijo”, otrora fundamentados en los lazos biológicos entre ambos.

Sería sin dudas parcial y pobre un análisis que situara el acercamiento de los pediatras a la psicología como el resultado de una serie de intereses personales o bien como una respuesta “mecánica” a los aires de cambio que trajo consigo la Segunda Posguerra. Antes bien, creemos que dicho acercamiento estuvo motivado ante todo por la necesidad de resolver ciertos problemas prácticos de larga data, tales como la mortalidad infantil intrahospitalaria, la inapetencia psíquica, entre otros, que encontraron una forma de ser circunscriptos y explicados en términos “psi”. Y si este abordaje psicológico fue posible y elegido por ciertos pediatras, sin duda ello puede ser comprendido como el emergente de un contexto que, a nivel local, veía confluír la medicina psicosomática, los derechos del niño, el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y cierto espíritu de renovación y “modernización” que se desplegaría durante los años sesenta.

Este estudio se centró en Argentina pero buscó incorporar algunos aspectos vinculados con los procesos de circulación y recepción de saberes “psi” en el Uruguay. De ese modo, el análisis realizado a lo largo de estas páginas se ha enriquecido enormemente al permitirnos ir más allá de las fronteras nacionales y echar luz sobre un rico entramado de referencias teóricas y prácticas concretas que conectó el trabajo de los pediatras en ambos márgenes del Río de la Plata. En tal sentido, los resultados arrojados por este estudio conforman una cantera de la que extraer numerosos interrogantes que podrían ser abordados no sólo desde los estudios de recepción, sino desde otras perspectivas como la historia transnacional o la historia comparada. En cualquier caso, esperamos que tanto el carácter inacabado de esta investigación como los aportes que ha realizado den lugar a nuevas indagaciones y generen intercambios

fecundos con otras disciplinas y con los enfoques historiográficos cuyos aportes incorporó.

Referencias bibliográficas

Fuentes orales

Entrevista a la Lic. Reina Cheja. Buenos Aires, 1 de Octubre de 2013.

Entrevista al Dr. Omar Paoloca. La Plata, 30 de Octubre de 2013.

Entrevista al Dr. Juan Ignacio Gil Pérez. Montevideo, 18 de Agosto de 2014.

Entrevista al Dr. Fernando Mañé Garzón. Montevideo, 15 de Septiembre de 2014.

Entrevista al Dr. Guillermo Rinaldi. Buenos Aires, 26 de Julio de 2016.

Entrevista al Dr. Juan Pedro Garrahan (nieto). Nottingham-Buenos Aires, comunicación vía Skype, 27 de Julio de 2016, 19 de Septiembre de 2016.

Entrevista al Dr. Miguel de Asúa. Buenos Aires, comunicación telefónica, 16 de agosto de 2016.

Entrevista al Dr. Juan Carlos Gravano. Buenos Aires, comunicación telefónica y a través de correo electrónico, 24 y 30 de Septiembre de 2016.

Entrevista al Dr. Juan Carlos Mamondez. Buenos Aires, comunicación a través de correo electrónico, 4 de octubre de 2016.

Publicaciones periódicas consultadas para el período estudiado

Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social

Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires. A partir de 1943, se llama *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*

Archivos Argentinos de Pediatría

Archivos de Pediatría del Uruguay

Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. A partir de 1957, se llama *Boletín del Instituto Interamericano del Niño*

Hijo mío..!

Hoja Médica de la Casa Cuna (Sociedad de Beneficencia de La Plata)

Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos

La Semana Médica

Madre y Niño

Nuestros hijos. Su educación moral y física

Bibliografía

- Acevedo, C. (1994). La mujer en la ciencia y la tecnología. Una cuestión de valores. En L. Knecher & M. Panaia (Eds.), *La mitad del país. La mujer en la sociedad argentina* (pp. 329–336). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Ackerknecht, E. H. (2004). Historia de la medicina psicosomática. *Ars Medica. Revista de Humanidades*, (2), 180–193.
- Adler, A. (1930). Individual Psychology. En C. Murchison (Ed.), *Psychologies of 1930* (pp. 395–405). Worcester, Massachusetts: Clark University Press.
- Administración Sanitaria y Asistencia Pública: Reglamentación General 1939-1940. (1939). Buenos Aires: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Departamento de Organización y Método.
- Agrelo, R. (1958). Higiene. *La Semana Médica*, LXV(3372), 1131–1135.
- Agüero, A., Milanino, A., Bortz, J., & Isolabella, M. (2012). Precursores de la Antropometría Escolar en la Ciudad de Buenos Aires: Luis Cassinelli, Genaro Sisto, Juan P. Garrahan, Saúl Bettinotti y Cornejo Sosa. *eä Journal*, 4(1), 1–19.
- Allegri, A., Rodríguez Zelada, C., Villalonga, J., Flores Gordillo, J., Cusa, N., Moreno, E., ... Pozzar de Ponce, E. (1963). Crecimiento y Desarrollo del Niño en la 2a. Infancia. En *XIII Jornadas Argentinas de Pediatría* (pp. 51–72). Tucumán: Sociedad Argentina de Pediatría (Filial Tucumán).
- Alonso, A. (1940). Nociones sobre el cuidado de los niños, aparecidas en el “Semanario de Agricultura, Industria y Comercio” en los años 1802 a 1807. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra de Historia de la Medicina. Prof. Titular: Dr. Juan Ramón Beltrán.
- Altamirano, C. (2005). *Para un programa de historia intelectual y otros ensayos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Alvarez, A. (1999). Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 6(2), 293–314. <http://doi.org/10.1590/S0104-59701999000300004>

- Álvarez Romero, M. (2013). Psicossomática y humanismo. *Psiquiatría. Ciencia, arte y humanidades*, 6(3), 18–22.
- Alzúa, M. (1937a, enero). El Derecho al Sol. *Hijo mío..!*, 644–647;666.
- Alzúa, M. (1937b, febrero). Criaturas enjauladas. *Hijo mío..!*, 716–717;750.
- Alzúa, M. (1939, febrero). Intoxicado por la ciudad. *Hijo mío..!*, 688-691-731.
- Amaral dos Santos, C. (2011). A vida do bebê: a constituição de infâncias saudáveis e normais nos manuais de puericultura brasileiros. *Revista Brasileira de Educação*, 16(47), 427–442.
- Anderson, E. (2004). Uses of Value Judgments in Science: A General Argument, with Lessons from a Case Study of Feminist Research on Divorce. *Hypatia*, 19(1), 1–24.
- Anello, V. (1948). El reflejo de presión palmar y el psiquismo del recién nacido. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XIX(3), 166–179.
- Ansbacher, H. L. (1990). Alfred Adler, pioneer in prevention of mental disorders. *The Journal of Primary Prevention*, 11(1), 37–68. <http://doi.org/10.1007/BF01324860>
- Apple, R. D. (2006). “Training” the Baby: Mothers’ Responses to Advice Literature in the First Half of the Twentieth Century. En B. Beatty, E. D. Cahan, & J. Grant (Eds.), *When Science Encounters the Child: Education, Parenting, and Child Welfare in 20th-Century America* (pp. 195–214). New York and London: Teachers College Press.
- Aráoz Alfaro, G. (1899). *El libro de las madres. Pequeño tratado práctico de higiene del niño con indicaciones sobre el embarazo, parto y tratamiento de los accidentes*. Buenos Aires: Librería científica de Agustín Etchepareborda.
- Aráoz Alfaro, G. (1942a). El cuidado del capital humano. Disertación en el Instituto Popular de Conferencias, Octubre 16 de 1942. Buenos Aires: Librería y Editorial “El Ateneo”.
- Aráoz Alfaro, G. (1942b). La pediatría en sus relaciones con la medicina y la higiene sociales. Esbozo histórico. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, XV(3), 365–400.
- Arditi Rocha, R. (1942). *La educación psicológica del médico*. Tesis del Profesorado. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Armus, D. (Ed.). (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires*,

- 1870-1950. Buenos Aires: Edhasa.
- Armus, D. (2016). Eugenesia en Buenos Aires: discursos, prácticas, historiografía. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 23(suplemento), 149–169.
- Armus, D., & Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En A. Cattaruzza (Ed.), *Nueva Historia Argentina - Tomo 7: Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930– 1943)*. (pp. 283–329). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Arruda-Leal, A. (2011). La experiencia de subjetividad como condición y efecto de los saberes y las prácticas psicológicas: producción de subjetividad y psicología. *Estudios de Psicología*, 32(3), 359–374. <http://doi.org/10.1174/021093911797898529>
- Ash, M. (1987). Psychology and politics in interwar Vienna: the Vienna Psychological Institute, 1922-1942. En M. Ash & W. Woodward (Eds.), *Psychology in Twentieth-Century Thought and Society* (pp. 143–164). Cambridge: Cambridge University Press.
- Azad, A., & Martin, A. (2011). The Yale Child Study Center Centennial: 1911-2011. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 123.
- Bach, W. G. (1974). The influence of psychoanalytic thought on benjamin Spock's Baby and Child Care. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 10(1), 91–94. [http://doi.org/10.1002/1520-6696\(197401\)10:1<91::AID-JHBS2300100110>3.0.CO;2-1](http://doi.org/10.1002/1520-6696(197401)10:1<91::AID-JHBS2300100110>3.0.CO;2-1)
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós / Pomaire.
- Bagnati, P. (1945). El tecnicismo en la labor asistencial del niño asilado. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, IX(1), 9–13.
- Balán, J. (1991). *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Ballester Añón, R., & Perdiguero Gil, E. (2003). Ciencia e ideología en los estudios sobre crecimiento humano en Francia y en España (1900-1950). *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 23, 61–84.
- Baranchuk, M. (1938). Consideraciones sobre la anorexia mental de los lactantes. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IV(4), 297–302.
- Baranchuk, M. (1943). La inapetencia del lactante. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IX(4), 236–241.

- Baranchuk, M., & Rotman, I. (1951). La Inapetencia y la Seudoinapetencia de los Lactantes. *La Semana Médica*, LVIII(3017), 890–893.
- Barrancos, D. (1999). Moral sexual, sexualidad y mujeres trabajadoras en el período de entreguerras. En F. Devoto & M. Madero (Eds.), *Historia de la vida privada en la Argentina. Tomo III: La Argentina entre multitudes y soledades. De los años treinta a la actualidad* (pp. 199–225). Buenos Aires: Taurus.
- Barrancos, D., Guy, D., & Valobra, A. (2014). *Moralidades y comportamientos sexuales. Argentina, 1880-2011*. Buenos Aires: Biblos.
- Bauzá, C., & Solovey, G. (1950a). Secuelas neuropsíquicas de las meningitis purulentas. Estudio de niños de 1° infancia mediante las normas de desarrollo de Gesell. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XXI(5), 340–355.
- Bauzá, C., & Solovey, G. (1950b). Secuelas neuropsíquicas de las meningitis purulentas. Estudio de niños de 1° infancia mediante las normas de desarrollo de Gesell (Conclusión). *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XXI(6), 453–464.
- Bauzá, J. (1936). Sugestiones para la organización médica, educativa y social de la Casa-Cuna tipo. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, IX(3), 317–336.
- Bayley Bustamante, G. (1936, julio). Protección racional del niño sano. Medidas profilácticas en el lactante. *El Día Médico*, 503–504.
- Beatty, B., Cahan, E. D., & Grant, J. (Eds.). (2006). *When Science Encounters the Child: Education, Parenting, and Child Welfare in 20th-Century America*. New York and London: Teachers College Press.
- Bekei, M. (1962). Aspectos psíquicos de la asistencia hospitalaria. En *XVI Jornadas Pediátricas Rioplatenses. Actas y trabajos* (pp. 521–522). Montevideo: Editorial Médica García Morales-Mercant S.A.
- Bellora, A. (1955). La alimentación infantil por autodemanda. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XXI(2), 76–81.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Beranger, R. (1943a). Algunos aspectos de la hospitalización del lactante. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, VII(1), 1–17.
- Beranger, R. (1943b). Algunos aspectos de la hospitalización del lactante (Conclusión). *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, VII(2), 208–222.

- Berro, R. (1942). Código del Niño. Proyecto presentado a la Cámara Argentina por el diputado nacional doctor José A. Cabral. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, XV(3), 554–556.
- Bertolote, J. M. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7(2), 113–116.
- Beruti, J. (1936). La protección a la madre y al recién nacido en nuestro país debe ser urgente y definitivamente organizada. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, (69), 17–18.
- Bettinotti, S. (1930). Semana de Nipiología e Higiene. Crónica de las sesiones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, I(6), 412–425.
- Bettinotti, S. (1933). Asistencia hospitalaria del lactante enfermo. Diez años de experiencia en la Sala VI del Hospital de Clínicas. *La Semana Médica*, XL(27), 46–55.
- Bettinotti, S. (1939). En Defensa del Niño Pequeño. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, (85), 8–9.
- Bettinotti, S. (1941a). El medio familiar y el desarrollo psíquico del lactante. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo II* (pp. 318–321). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- Bettinotti, S. (1941b). Política de la Puericultura. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo II* (pp. 284–290). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- Bettinotti, S. (1946). Antecedentes, títulos y trabajos. Concurso de Profesor Titular Puericultura, Primera Infancia. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas.
- Bettinotti, S. (1948). Conferencia Inaugural de la Cátedra de Puericultura. *La Semana Médica*, LV(2838), 913–922.
- Biernat, C. (2005). Las políticas migratorias del primer peronismo: la tensión entre los enunciados, los conflictos institucionales y las prácticas administrativas. *Prohistoria*, IX(9), 41–66.
- Biernat, C. (2011). Debates poblacionistas en la matriz de la política social argentina de entreguerras. *Anuario del Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S. A. Segreti"*, 11(11), 189–208.
- Biernat, C., & Almirón, V. (2015). El Certificado Médico Prenupcial como política social (1936-1955). *De Prácticas y discursos/ Universidad Nacional del Nordeste/*

- Centro de Estudios Sociales*, 4(5), 1–26.
- Biernat, C., & Ramacciotti, K. (2008). La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 15(2), 331–351.
- Biernat, C., & Ramacciotti, K. (2013). *Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos.
- Biernat, C., & Ramacciotti, K. (Eds.). (2014a). *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Biernat, C., & Ramacciotti, K. (2014b). Introducción. Intercambios que fortalecen un campo de estudio. En C. Biernat & K. Ramacciotti (Eds.), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales* (pp. 9–22). Buenos Aires: Biblos.
- Billorou, M. J. (2007a). *La constitución de la puericultura como campo científico y como política pública en Buenos Aires 1930-1945*. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa.
- Billorou, M. J. (2007b). Madres y médicos en torno a la cuna. Ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945). *La Aljaba - Segunda época*, XI, 167–192.
- Birn, A.-E. (2002). “No More Surprising Than a Broken Pitcher”? Maternal and Child Health in the Early Years of the Pan American Sanitary Bureau. *Canadian Bulletin of Medical History*, 19(1), 17–46.
- Birn, A.-E. (2007). Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 677–708. <http://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300002>
- Bjerg, M. (2009). *Historias de la inmigración en la Argentina*. Buenos Aires: Edhasa.
- Blanco Rivero, J. J. (2012). La historia de los conceptos de Reinhart Koselleck: conceptos fundamentales, Sattelzeit, temporalidad e histórica. *Politeia*, 35(49), 1–33.
- Blasi, S., & Ramacciotti, K. (2011). Disponibilidad y usos de las fórmulas infantiles en la Argentina en el siglo XX. *Medicina Infantil*, 18(3), 251–259.
- Block de Behar, L. (1985). Introducción al dossier “Experiencia estética y teoría de la recepción literaria”. *Maldoror. Revista de la ciudad de Montevideo*, (19). Recuperado a partir de <http://otros.comunicacion.edu.uy/docencia/lisa/coordinadora/mald19.html>
- Bloor, D. (1976). *Knowledge and Social Imagery*. London: Routledge.

- Boero, E. (1939). Sobre el Neomaltusianismo. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, V(3), 115–134.
- Bohoslavsky, E., & Soprano, G. (Eds.). (2010). *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en la Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Editorial Laia.
- Bonaba, J., & Saldún de Rodríguez, M. L. (1943). Hospitalización conjunta del hijo con la madre. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XIV(9), 566–574.
- Bonaventura, E. (1937). Psicología e Nipiología. Risultati e tendenze attuali della psicologia. *La Nipiologia. Rivista Internazionale di tutti gli Studi Scientifici sulla Prima Età*, XXIII(1), 3–16.
- Borinsky, M. (2005). “Todo reside en saber qué es un niño”. Aportes para una historia de la divulgación de las prácticas de crianza en Argentina. *Anuario de Investigaciones*, XIII, 117–126.
- Borinsky, M. (2009). *Historia de las prácticas terapéuticas con niños. Psicología y cultura (1940-1970)*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Borinsky, M. (2010). El asma infantil como modelo de enfermedad psicosomática. Psicoanálisis y nueva pediatría en la Argentina. En L. Lionetti & D. Míguez (Eds.), *Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre discursos, prácticas e instituciones (1890-1960)* (pp. 199–214). Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Bortagaray, M., & Tobías, J. (1941). Métodos de propaganda educacional en la asistencia médico social del lactante. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo II* (p. 176). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- Bosch, G. (1930). Liga Argentina de Higiene Mental. Sus propósitos. *La Semana Médica*, XXXVII(27), 49–55.
- Bourdieu, P. (2000). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bowlby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Bowlby, J. (2009). Los orígenes de la teoría del apego. En *Una base segura*:

- Aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (1ra ed., pp. 33–52). Buenos Aires: Paidós.
- Briolotti, A., & Benítez, S. M. (2014). Medicina, higiene mental y saber psi en la construcción de la maternidad y la infancia en la Argentina: un análisis a través de la revista *Madre y Niño* (1934-1935). *Universitas Psychologica*, *13*(5), 1709–1719. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.mhms>
- Brooks, G., Bain, K., Murray Burt, M., Danis, P., Farber, S., Goldbloom, A., ... Seeyle, W. (1954). *The Care of Children in Hospitals. Report of The Committee on Hospitals and Dispensaries*. Illinois: American Academy of Pediatrics.
- Buchbinder, P. (2005). *Historia de las universidades argentinas*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Buhle, M. J. (1998). *Feminism and Its Discontents. A Century of Struggle with Psychoanalysis*. London: Harvard University Press.
- Bühler, C. (1943). *El desarrollo psicológico del niño. Desde el nacimiento a la adolescencia* (2da ed.). Buenos Aires: Editorial Losada.
- Bühler, C., & Hetzer, H. (1934). *Tests para la primera infancia. Pruebas del desarrollo para el primero al sexto años de vida*. Barcelona: Editorial Labor.
- Burman, E. (1994). *La Deconstrucción de la Psicología Evolutiva*. Madrid: Visor.
- Buschini, J. (2015). La alimentación como problema en la Argentina de las décadas de 1930 y 1940. Notas para su delimitación como objeto de estudio. *Cuestiones de Sociología*, (12). Recuperado a partir de <http://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar/article>
- Buschini, J. (2016). La alimentación como problema científico y objeto de políticas públicas en la Argentina: Pedro Escudero y el Instituto Nacional de la Nutrición, 1928-1946. *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, *XLIII*(79), 129–156.
- Bustos, O. (1932). *Viena Pedagógica*. Santiago: Editorial Nascimento.
- Buzzi, A. (2011). *Historia del antiguo Hospital de Clínicas a través de sus cátedras, 1881-1971*. Buenos Aires: Ediciones Médicas del Sur.
- Buzzo, A., Agostini de Muñoz, A., & Bayley Bustamante, G. (1935). Peso y talla de lactantes sanos. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, *I*(2), 229–232.
- Buzzo, A., Agostini de Muñoz, A., & Calabrese, A. (1939). Contribución al estudio de las causas de la aversión del lactante al seno materno. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, *V*(3), 183–186.

- Bynum, B. (2001). Hospitalism. *The Lancet*, 357(9265), 1372.
[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04506-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04506-2)
- Cacace, E. (1935). Educación del niño de pecho. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, III(55), 5–6.
- Cahan, E. D. (2006). Toward a Socially Relevant Science: Notes on the History of Child Development Research. En B. Beatty, E. D. Cahan, & J. Grant (Eds.), *When Science Encounters the Child: Education, Parenting, and Child Welfare in 20th-Century America* (pp. 16–34). New York and London: Teachers College Press.
- Cairns, R., & Cairns, B. (2006). The Making of Developmental Psychology. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology . Vol I. Theoretical Models of Human Development* (6th ed., pp. 89–165). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Cameron, H. C. (1953). *El Niño Nervioso*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Cammarota, A. (2016). Saberes médicos y medicalización en el ámbito escolar (1920-1940). *Pilquen*, 19(3), 33–51.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Canguilhem, G. (2005). *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Canguilhem, G. (2009a). El estatus epistemológico de la medicina. En *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias* (pp. 439–457). Buenos Aires: Amorrortu.
- Canguilhem, G. (2009b). *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Canguilhem, G. (2009c). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Cannelotto, A., & Luchtenberg, E. (2010). Introducción. En A. Cannelotto & E. Luchtenberg (Eds.), *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades* (pp. 11–15). San Martín: Universidad Nacional de Gral. San Martín.
- Cantlón, B. (1947). Maduración del sistema nervioso. Consideraciones anatomoclínicas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XVIII(1), 39–50.
- Caravías, D. (1930). Un grave problema contemporáneo. Disminución de la población en cantidad y calidad. *La Semana Médica*, XXXVII(22), 1372–1380.
- Carli, S. (2005, agosto). Los únicos privilegiados son los niños. *Todo es Historia*, 58–

- Carli, S. (2011). *La memoria de la infancia*. Buenos Aires: Paidós.
- Carli, S. (2012). *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la historia de la educación argentina (1880-1955)* (2da ed.). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Carlos Alberto Seguí. (1958). *Actas Médico-psicológicas*, I(3-4), 16.
- Caroli, D. (2017). *Day Nurseries & Childcare in Europe, 1800-1939*. London: Palgrave Macmillan.
- Carpintero, E., & Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*. Buenos Aires: Topía.
- Carreño, C., Perelman, A., & Slech, T. (1938). Desarrollo físico del lactante sano. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IV(4), 303-309.
- Carreño, C., & Slech, T. (1936a). Desarrollo sensorial y psíquico de los lactantes. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, II(1), 37-46.
- Carreño, C., & Slech, T. (1936b, julio). Desarrollo sensorial y psíquico de los lactantes. (Diagnóstico cualitativo y cuantitativo por los test mentales). *El Día Médico*, 505-506.
- Carreño, C., & Slech, T. (1938). Desarrollo psicosensores de los lactantes (Segunda comunicación). *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IV(3), 203-208.
- Carreño, C., & Slech, T. (1941). Diagnóstico del desarrollo psico-sensorial del lactante. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 311-317). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- Carrillo, R. (1951). Informaciones. El gobierno de la República Argentina adhiere a los principios de la "Declaración de Caracas". *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, XXV(3), 308-309.
- Carroy, J., Ohayon, A., & Régine, P. (2006). *Histoire de la psychologie en France. XIXe-XXe siècles*. Paris: La Découverte.
- Casaubon, A. (1942). Crecimiento y desarrollo (leyes y factores que los rigen). *La Semana Médica*, XLIX(18), 870-873.
- Castro, E. (2008). Biopolítica: de la soberanía al gobierno. *Revista Latinoamericana de Filosofía*, 34(2), 187-205.
- Castro Tejerina, J. (2014a). Claves psicológicas fundacionales del autogobierno ciudadano: la "psicología del pueblo español" como estudio de caso (1902-1918).

- Castro Tejerina, J. (2014b). *El autogobierno como referencia anglosajona en la construcción psicológica del ciudadano latino. Ideas para la configuración de un marco de trabajo histórico-genealógico. Workshop “Psicología, política y sociedad”*. Ensenada. Facultad de Psicología (UNLP).
- Cattaruzza, A. (2012). *Historia de la Argentina, 1916-1955* (2da ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Ceriani Cernadas, J. M. (2011). Editorial. Los 100 años de la Sociedad Argentina de Pediatría y sus publicaciones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1), 2.
- Ceriani Cernadas, J. M. (2017). La práctica médica en la era tecnológica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(2), 106–107.
- Cervini, P., & Cabello, E. (1942). Desarrollo psíquico del niño de primera infancia de la ciudad de Buenos Aires. Su vinculación con el crecimiento, sexo y tipo de alimentación, y con el trabajo y las condiciones intelectuales de los padres. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, VIII(1), 29–46.
- Cervini, P., & La Rocca, J. (1943). Colocación familiar del distrófico en la asistencia del pupilo del Estado. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XIV(2), 107–125.
- Cervini, P., Morano Brandi, J., Roselli, J., Briasco, F., Sbarra, N., Sribman, I., ... Blanco, C. (1951). Distrofias y Hospitalización. *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, XII(1), 1–15.
- Chadarevian, S. de. (2015). Human population studies and the World Health Organization. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 35(2), 359–388.
- Chaminaud, R. (1951a). Historia de la Pediatría. *Prensa Pediátrica. Revista Americana de Puericultura y Pediatría*, II(10), 123–134.
- Chaminaud, R. (1951b). Historia de la Pediatría (Conclusión). *Prensa Pediátrica. Revista Americana de Puericultura y Pediatría*, II(12), 243–246.
- Chaminaud, R. (1951c). Historia de la Pediatría (Continuación). *Prensa Pediátrica. Revista Americana de Puericultura y Pediatría*, II(11), 172–182.
- Chattás, A., de Elizalde, F., Escardó, F., & Notti, H. (1957). Mesa Redonda: Enseñanza de la Pediatría. En *VIII Jornadas Argentinas de Pediatría* (pp. 331–377). Rosario: Sociedad Argentina de Pediatría (Filial Rosario).
- Cianchetta Sívori, A., & Cardillo, A. (1949). La Casa Cuna en su faz médico social en

- bien de la infancia abandonada. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación*, V(1), 39–62.
- Cienfuegos, E. (1930). Distrepsias de origen psíquico. *Revista Chilena de Pediatría*, I(1), 6–10.
- Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194. <http://doi.org/10.2307/1519765>
- Colángelo, M. A. (2001). *Un abordaje al abandono infantil: El Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra” de La Plata*. La Plata: Ediciones Casa Cuna.
- Colángelo, M. A. (2011). El saber médico y la definición de una “naturaleza infantil” entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX en la Argentina. En I. Cosse, V. Llobet, C. Villalta, & M. C. Zapiola (Eds.), *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil: siglos XIX y XX* (pp. 101–121). Buenos Aires: Teseo.
- Colángelo, M. A. (2012). *La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1890 y 1930*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata, La Plata. Recuperado a partir de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/26268>
- Coleman, M., Ganong, L., & Warzinik, K. (2007). *Family life in 20th-century America*. Westport, Connecticut & London: Greenwood Press.
- Cómo controlar el peso del bebé. (1937, julio). *Hijo mío..!*, 252.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions into Medical Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cortada, N. (1955, octubre). ¿Debo hacer aplicar un “test” a mi hijo? *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 77–80.
- Cosse, I. (2005, agosto). La infancia en los años treinta. *Todo es Historia*, 48–54.
- Cosse, I. (2006). *Estigmas de nacimiento: Peronismo y orden familiar: 1946-1955*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Cosse, I. (2009). La emergencia de un nuevo modelo de paternidad en Argentina (1950-1975). *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24(2), 429–462.
- Cosse, I. (2010a). Desconciertos frente al nuevo modelo de crianza. Madres y padres en la Argentina de los años 1960. En L. Lionetti & D. Míguez (Eds.), *Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre discursos, prácticas e instituciones*

- (1890-1960) (pp. 237–256). Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Cosse, I. (2010b). *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Cosse, I., Llobet, V., Villalta, C., & Zapiola, M. C. (Eds.). (2011). *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil: siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Teseo.
- Couvellaire, A. (1938). Los precursores de la Puericultura. El Profesor Adolfo Pinard. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IV(3), 253–254.
- Covo, P. (2006). John Hughlings Jackson, un científico victoriano. *Acta Neurológica Colombiana*, 22, 257–260.
- Cowen, M. P. (2000). La Muerte Niña: Las patologías de la primera infancia en Buenos Aires. Fines del siglo XVIII - primeras décadas del siglo XIX. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, (1), 95–108.
- Cowen, M. P. (2004). Infancia, abandono y padres en el S. XIX porteño. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, (4), 75–99.
- Croce, P. (2004). Historia de la Casa Cuna. Los primeros 224 años... y lo que vendrá. *Revista del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde*, 14(1/2), 5–26.
- Cuadernos de Historia de la Pediatría Española 4: En el centenario de la Sociedad de Pediatría de Madrid*. (2012). Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Cuadernos de Historia de la Pediatría Española 6: los albores de la psiquiatría infantil en España*. (2013). Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Cuadernos de Historia de la Pediatría Española 8: historia y significación de las Gotas de Leche en España*. (2014). Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Cueto, M. (1990). The Rockefeller Foundation's Medical Policy and Scientific Research in Latin America: The Case of Physiology. *Social Studies of Science*, 20, 229–254.
- Cueto, M. (1997). Science under Adversity: Latin American Medical Research and American Private Philanthropy, 1920-1960. *Minerva*, 35(3), 233–245. <http://doi.org/10.1023/A:1004230000979>
- Curtis, S. (2011). “Tangible as Tissue”: Arnold Gesell, Infant Behavior, and Film Analysis. *Science in Context*, 24(3), 417–442. <http://doi.org/10.1017/S0269889711000172>
- Czerny, A. (1925). *El médico como educador del niño*. Montevideo: Palacio del Libro.
- Dagfal, A. (2004). Para una “estética de la recepción” de las ideas psicológicas. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 5(1), 1–12.

- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Dalton, T. (2005). Arnold Gesell and the Maturation Controversy. *Integrative Pshysiological & Behavioral Science*, 40(4), 182–204.
- Damousi, J., & Plotkin, M. (2009). Introduction. En J. Damousi & M. Plotkin (Eds.), *The Transnational Unconscious. Essays in the History of Psychoanalysis an Transnationalism* (pp. 1–16). London: Palgrave-Macmillan.
- Daniel, C. (2012a). Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 19(1), 89–114.
- Daniel, C. (2012b). Las estadísticas en la construcción del Estado social (1930-1943). En C. Biernat & K. Ramacciotti (Eds.), *Políticas sociales, entre demandas y resistencias: Argentina, 1930-1970* (pp. 149–177). Buenos Aires: Biblos.
- Daniel, C. (2014). Imágenes estadísticas en la cultura visual de la Argentina moderna. *Caiana*, (5), 80–94.
- Danziger, K. (1979). The social origins of modern psychology. En A. Buss (Ed.), *Psychology in Social Context* (pp. 27–45). New York: Irvington Publishers.
- Danziger, K. (1984). Towards a conceptual framework for a critical history of psychology. *Revista de Historia de la Psicología*, 5(1/2), 99–107.
- Danziger, K. (1990). *Constructing the subject. Historical origins of psychological research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Danziger, K. (1993). Tres desafíos para la historia de la psicología. Recuperado el 31 de agosto de 2012, a partir de <http://www.elseminario.com.ar/>
- Danziger, K. (1997). Naming the Mind. En *Naming the Mind* (pp. 1–20). London: SAGE Publications.
- Darré, S. (2013). *Maternidad y tecnologías de género*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Daston, L., & Galison, P. (1992). The Image of Objectivity. *Representations*, (40), 81–128. <http://doi.org/10.2307/2928741>
- de Alzaga, S. (1944). Higiene hospitalaria. Organización moderna de la atención del lactante. *La Semana Médica*, LI(8), 396–399.
- de Asúa, M. (1986). Evolución de la formación médica en las Facultades de Medicina, Argentina, 1900-1982. *Educación Médica y Salud*, 20(2), 265–272.
- de Asúa, M. (2012). La pediatría como disciplina cultural y social. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110(3), 231–236.
- de Asúa, M. (2016). Conversación telefónica. Buenos Aires, 22 de agosto.

- de Asúa, M., & Busala, A. (2011). Instituto Católico de Ciencias (1953-1954). Más en la leyenda que en la historia. *Criterio*, (2368). Recuperado a partir de http://www.revistacriterio.com.ar/bloginst_new/2011/03/01/instituto-catolico-de-ciencias-1953-1954-mas-en-la-leyenda-que-en-la-historia/
- de Elizalde, F. (1942). La lactancia natural y el médico. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, VI(1), 17–19.
- de Elizalde, F. (1947). Caracteres generales de la infancia. Períodos de la infancia. Crecimiento y desarrollo somático. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, XI(1–2), 47–52.
- de Elizalde, P. (1937). Conferencia inaugural de la Cátedra Libre de Puericultura de la Primera Infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, VIII(11), 1093–1111.
- de Elizalde, P. (1942). Las ideas que encarnaba Finkelstein sobre la patología de los procesos nutritivos del lactante y su influencia sobre la pediatría argentina. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, VIII(4), 207–217.
- de Elizalde, P., & La Rocca, J. (1942). Profilaxis del abandono de la primera infancia en la ciudad de Buenos Aires. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, VI(3), 309–330.
- de Luna Freire, M. M. (2008). “Ser mãe é uma ciência”: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 15, 153–171.
- de Luna Freire, M. M. (2011). Maternalismo e proteção materno-infantil: fenômeno mundial de caráter singular. *Cadernos de História da Ciência - Instituto Butantan*, VII(2), 55–70.
- de Matera, C. (1955, enero). El niño que no quería comer... *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 24–27.
- de Matera, C. (1957). Tests psicológicos en pediatría. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXXVIII(3), 130–135.
- de San Martín, A. M. (1939). Anorexia infantil. *Archivos Argentinos de Pediatría*, X(2), 256–277.
- de San Martín, A. M. (1948). Antecedentes, títulos y trabajos presentados a la Facultad de Ciencias Médicas para optar al cargo de Profesor Adjunto a la Cátedra de Puericultura Primera Infancia. Buenos Aires: Talleres Gráficos Castiglioni.
- de San Martín, A. M., & Rosso, P. (1955). El tratamiento del lactante neurópata. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XXI(4), 164–172.

- de Toni, G. (1957). Las bases psicológicas de la moderna puericultura. *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, XVIII(1), 32–44.
- Declaración de Caracas sobre la Salud del Niño. (1948). En *IX Congreso Panamericano del Niño - Votos* (pp. 67–70). Caracas: Oficina Internacional Panamericana del Niño.
- Del Carril, M., de Elizalde, F., & Larguía, A. (1951). Concepto etiopatogénico y clínico de las distrofias (Estados distóficos del lactante). *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXI(4), 203–226.
- Devoto, F. (2003). *Historia de la Inmigración en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Diamant, A. (2006). Florencio Escardó: la psicología -y las psicólogas- y la lucha contra múltiples prejuicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 123–133.
- Diamant, A. (2010). *Testimonios de enseñar y aprender. Ser psicólogo en la UBA de los '60*. Buenos Aires: Teseo.
- Dirección. (1927). Al empezar. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, I(1), 5–14.
- Dirección. (1930). Archivos Argentinos de Pediatría. *Archivos Argentinos de Pediatría*, I(1), 3.
- Discusión de los relatos y contribuciones. (1941). En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 337–343). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- Discusión del relato oficial. (1941). En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 140–143). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- Doctor Juan P. Garrahan: nuevo profesor titular de Clínica Pediátrica y Puericultura. (1942). *La Semana Médica*, XLIX(36), 577–578.
- Doel, R., Hoffmann, D., & Kremmentsov, N. (2005). National states and international science: A comparative history of international science congresses in Hitler's Germany, Stalin's Russia, and cold war United States. *Osiris*, 20, 49–76.
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias. Familia, sociedad y poder*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Dorlin, E. (2009). *Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Dorotinsky, D. (2012). Para medir el cuerpo de la nación: antropología física y visualidad racialista en el marco de recepción de la biotipología en México. En M.

- Miranda & G. Vallejo (Eds.), *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945* (pp. 331–365). Buenos Aires: Biblos.
- dos Santos Lamprecht, C. A. (2014). Conselhos às mães: manuais de puericultura como estratégia biopolítica na constituição de infâncias saudáveis e normais. *TEXTURA-ULBRA*, 16(32), 210–225.
- Dotti, J., Blanco, A., Plotkin, M., Vezzetti, H., & García, L. (2008). Encuesta sobre el concepto de recepción. *Políticas de la memoria*, (8/9), 98–109.
- Duby, G., & Perrot, M. (Eds.). (2000). *Historia de las mujeres en Occidente. Tomo 5: el siglo XX*. Madrid: Taurus.
- El cinematógrafo en el alma del niño. (1934, julio). *Madre y Niño*, (2), 30;32.
- El doctor Florencio Escardó es designado decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires. (1957). *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XXVIII(12), 908–909.
- El Dr. Spock, nuevo Moisés para niños. (1963, octubre). *Primera Plana*, 31.
- Ellenberger, H. (1976). *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Editorial Gredos.
- Enfermedades psicossomáticas en la niñez. (1950). *La Semana Médica*, LVII(2931), 409.
- Engel, G. L., Reischman, F., & Segal, H. L. (1956). A Study of an Infant With a Gastric Fistula: I. Behavior and the Rate of Total Hydrochloric Acid Secretion. *Psychosomatic Medicine*, 18(5), 374–398.
- Enrique Finkelstein. Su fallecimiento. (1942). *Archivos Argentinos de Pediatría*, XIII(2), 213–215.
- Es hermoso decir hermano... (1955, octubre). *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 4–5.
- Escardó, F. (1934). *Nociones de Puericultura*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Escardó, F. (1936, septiembre). ¿Por qué no tiene apetito? *Hijo mío..!*, 350–352;387.
- Escardó, F. (1940). *La inapetencia infantil*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Escardó, F. (1941). Libros y Tesis. Infancia, Adolescencia, Juventud, por el Dr. Isidro Más de Ayala. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XII(4), 403–404.
- Escardó, F. (1943). Los principios de Jackson y la Neuropsiquiatría infantil. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XIV(2), 188–192.
- Escardó, F. (1946). La enseñanza de la Pediatría. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XVII(9), 505–583.
- Escardó, F. (1947). Medicina y psicología. *Servicio Bibliográfico "Roche"*, 15(10), 73–

74.

- Escardó, F. (1949a). Concepto pediátrico de las enfermedades neuropsíquicas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XX(6), 427–448.
- Escardó, F. (1949b). Libros y Tesis. El psicoanálisis de niños, por Melanie Klein. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XX(1–2), 47–48.
- Escardó, F. (1949c). Psicopatismo y medicina infantil. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XX(5), 398–405.
- Escardó, F. (1951). *La Pediatría, medicina del Hombre. Diez capítulos para un pediatra joven*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Escardó, F. (1953a). Prólogo. En H. C. Cameron (Ed.), *El Niño Nervioso* (pp. 10–14). Buenos Aires: El Ateneo.
- Escardó, F. (1953b). Relaciones entre neurología y psiquiatría en la infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXIV(2), 112–120.
- Escardó, F. (1953c). Relaciones entre neurología y psiquiatría en la infancia. (Conclusión). *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXIV(3), 178–186.
- Escardó, F. (1954). *El alma del médico*. Córdoba: Editorial Assandri.
- Escardó, F. (1956a). Antecedentes, títulos y trabajos. Buenos Aires: Sebastián de Amorrortu e Hijos.
- Escardó, F. (1956b). Enfoque pediátrico del psicopatismo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XXVII(3), 145–160.
- Escardó, F. (1956c). Enfoque pediátrico del psicopatismo (Conclusión). *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XXVII(4), 240–248.
- Escardó, F. (1956d). *Qué es la pediatría*. Buenos Aires: Editorial Columba.
- Escardó, F. (1957a). La “Pediatría Psicopatística” como disciplina normativa. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XLVIII(2), 67–70.
- Escardó, F. (1957b). Los factores madurativos, emocionales y sociales en la alimentación del niño. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XLVIII, 257–272.
- Escardó, F. (1958). Aquiles Gareiso. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXIX(5), 264–265.
- Escardó, F. (1961). Sobre iatrogenia en pediatría. *El Pañal*, XXIX(36), 7–10.
- Escardó, F. (1962). *Anatomía de la Familia* (4ta ed.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Escardó, F. (1965). La enseñanza de la psicología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 11(3), 284–292.
- Escardó, F., & Giberti, E. (1961). La salud mental en la primera infancia. *Revista de la*

- Asociación Médica Argentina*, 75(2), 66–73.
- Escardó, F., & Giberti, E. (1965). Sobre Hospitalismo. En *VII Congreso Panamericano de Pediatría* (pp. 435–453). Quito: Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Escardó y Anaya, V. (1945). Homenaje a “Archivos Latino-Americanos de Pediatría” a los cuarenta años de su fundación. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XVI(3), 133–136.
- Escardó y Anaya, V. (1950). La Declaración de Caracas sobre la salud del niño. Su significación y trascendencia. *Prensa Pediátrica. Revista Americana de Puericultura y Pediatría*, II(2), 134–140.
- Escudero, P. (1939). La educación alimenticia del niño. En *Actas y Trabajos del Sexto Congreso Nacional de Medicina - Tomo IV* (p. 1131–1134.). Rosario: Establecimiento Gráfico Pomponio.
- Escudero, P. (1941). El Crecimiento y el Desarrollo del Niño. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 59–139). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- Escuela de psicoterapia cultural en la infancia. (1953). *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, XXVII(Suplemento), 81–82.
- Esmoris Galán, L. (2005). *Significado y alcance gnoseológicos de la teoría biogenética del conocimiento de Ramón Turró*. Trabajo final para la obtención del DEA en Filosofía. Facultad de Filosofía, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Etapé, J. M. (1934). Escala general de los valores nipiológicos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, V(3), 125.
- Fendrik, S. (2006). *Psicoanalistas de niños. La verdadera historia. 3. Arminda Aberastury y Telma Reca*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ferla, L. (2012). El determinismo biotipológico y su red de sustentación a través de eugenistas españoles, brasileños y argentinos. En M. Miranda & G. Vallejo (Eds.), *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945* (pp. 97–122). Buenos Aires: Biblos.
- Fígoli, C. (1963). Tema Central. Generalidades sobre Crecimiento y Desarrollo del Niño Normal. Metodología para su Estudio. En *XIII Jornadas Argentinas de Pediatría* (pp. 9–24). Tucumán: Sociedad Argentina de Pediatría (Filial Tucumán).
- Finchelstein, F. (2010). *Fascismo trasatlántico. Ideología, violencia y sacralidad en Argentina y en Italia, 1919-1945*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foradori, A. (1939). El Desarrollo de la Psicología en la Argentina, Hasta 1939. *Revista*

- Socialista*, 19(115), 412–423.
- Foucault, M. (1976/2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1973-1974/2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976/2008). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber* (2da ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1974-1975/2001). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1977-1978/2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1975/2008). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (2º). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1971). Nietzsche, la genealogía, la historia. Recuperado a partir de [https://www.pensament.com/filoxarxa/filoxarxa/pdf/Michel Foucault - Nietzschegenealogiahistoria.pdf](https://www.pensament.com/filoxarxa/filoxarxa/pdf/Michel_Foucault_Nietzsche_genealogia_historia.pdf)
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3–20. Recuperado a partir de <http://www.jstor.org/stable/3540551>
- Foucault, M. (1996a). Historia de la medicalización. En *La vida de los hombres infames* (pp. 85–105). La Plata: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (1996b). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En *La vida de los hombres infames* (pp. 67–84). La Plata: Editorial Altamira.
- Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.
- Franco, M., & Pulido, N. (1997). ¿Capitanas o guardianas del hogar? Deseos y mandatos en la Argentina peronista. *Boletín Americanista*, (47), 113–125.
- Frutos Ortiz, E. (1995). *Hombres y cosas de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata. Período 1919-1955*. La Plata: Editorial Quirón.
- Funes, S. (1936, julio). Iniciando en la vida a un nuevo ser. *Hijo mío..!*, 212–213;244;246.
- Gaing, E. (1941). Las disontias del lactante según Bessau. Síntesis de su doctrina. *La Semana Médica*, XLVIII(49), 1332–1338.
- Gaing, E. (1942). Disontia. Su definición, concepto, extensión y división. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, VIII(1), 47–58.

- Galton, F. (1909). Eugenics, its Definition, Scope and Aims. En *Essays in Eugenics* (pp. 35–43). London: The Eugenics Education Society.
- García, L. N. (2011). Estética de la recepción y Teoría del Punto de Vista feminista. Apuntes historiográficos y epistemológicos para la historia de la ciencia. En *II Jornadas Nacionales de Filosofía y Epistemología de la Historia*. Neuquén.
- García, L. N. (2012). *La recepción de la psicología soviética en la Argentina: lecturas y apropiaciones en la psicología, psiquiatría y psicoanálisis (1936-1991)*. Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- García, L. N. (2014). La civilización de la psiquis: ciencia y psicología en el pensamiento de Aníbal Ponce. En L. N. García, F. Macchioli, & A. M. Talak (Eds.), *Psicología, niño y familia en la Argentina 1900-1970: perspectivas históricas y cruces disciplinares* (pp. 97–162). Buenos Aires: Biblos.
- García, L. N. (2016). *La psicología por asalto. Psiquiatría y cultura científica en el comunismo argentino (1935-1991)*. Buenos Aires: Edhasa.
- García, L. N., Macchioli, F., & Talak, A. M. (2014a). Introducción. En L. N. García, F. Macchioli, & A. M. Talak (Eds.), *Psicología, niño y familia en la Argentina 1900-1970: perspectivas históricas y cruces disciplinares* (pp. 11–44). Buenos Aires: Biblos.
- García, L. N., Macchioli, F., & Talak, A. M. (2014b). *Psicología, niño y familia en la Argentina 1900-1970: perspectivas históricas y cruces disciplinares*. Buenos Aires: Biblos.
- García de Fanelli, A. M. (1991). Empleo femenino en la Argentina: de la modernización de los '60 a la crisis de los '80. *Desarrollo Económico*, 31(123), 395–414. <http://doi.org/10.2307/3466912>
- García Galán, S. (2011). De las prácticas tradicionales a la supervisión médica en el ejercicio de la maternidad. Asturias 1900-1931. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 31(1), 131–157.
- Gareiso, A. (1937). La Preocupación Neurológica en Pediatría. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, VIII(8), 477–486.
- Gareiso, A., & Escardó, F. (1936). *Neurología infantil. Conceptos etiopatogénicos y sociales*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Gareiso, A., & Escardó, F. (1938). Esquema semiológico del paralelismo neuropsíquico en la infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, IX(1), 3–6.

- Gareiso, A., & Escardó, F. (1940). Sobre el Síndrome de Debilidad Motriz. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, *XI*(4), 326–331.
- Gareiso, A., Sagreras, P., & Petre, A. (1940). El síndrome depresivo melancólico en la infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *XI*(5), 447–468.
- Garrahan, J. P. (1921). Los profesores y la reforma. Un poco de justicia. *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, *XXI*(242), 1180–1189.
- Garrahan, J. P. (1940). La medicina y los médicos. *La Semana Médica*, *XLVII*(39), 677–684.
- Garrahan, J. P. (1941). Trastornos nutritivos de los lactantes alimentados artificialmente. Introducción. *La Semana Médica*, *XLVIII*(18), 995–1004.
- Garrahan, J. P. (1942). Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura. Conferencia inaugural (1° de Octubre de 1942). Por el Prof. Dr. Juan P. Garrahan. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, *VIII*(4), 368–384.
- Garrahan, J. P. (1945). *Reseña histórica de la Cátedra de Pediatría de Buenos Aires*. Buenos Aires: Librería y Editorial “El Ateneo”.
- Garrahan, J. P. (1947). Prólogo. En A. Gesell & C. Amatruda (Eds.), *Embriología de la conducta. Los comienzos de la mente humana* (pp. 9–12). Buenos Aires: Paidós.
- Garrahan, J. P. (1951). Sobre Algunas Importantes Cuestiones de Puericultura y Pediatría. *El Día Médico*, *XXIII*(96), 3933–3937.
- Garrahan, J. P. (1952a). Comentario crítico sobre trastornos nutritivos del lactante y distrofia carencial. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *XXIII*(4), 121–126.
- Garrahan, J. P. (1952b). Diez años de cátedra. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Garrahan, J. P. (1955a). La nueva Puericultura. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, *XXVI*(1), 128–134.
- Garrahan, J. P. (1955b). *La Salud del Hijo. Puericultura*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Garrahan, J. P. (1956a). Antecedentes, títulos y trabajos de Pediatría y Puericultura. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas.
- Garrahan, J. P. (1956b). Aspectos psicológicos de la técnica alimentaria del niño. *El Día Médico*, *XXVIII*(9), 185–188.
- Garrahan, J. P. (1956c). Tres años de labor pediátrica extrauniversitaria. Conferencia pronunciada al reincorporarse a la cátedra. Folleto. Buenos Aires, 9 de diciembre.

- Garrahan, J. P. (1962). Cincuenta Años de Pediatría Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXXII(3), 89–98.
- Garrahan, J. P., Abeyá, O., & Bekei, M. (1952). Comentario estadístico sobre distrofia carencial del lactante. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXIII(5), 197–205.
- Garrahan, J. P., & Escardó, F. (1944). Exploración de las lesiones encefálicas en el niño. En *Primer Congreso Sudamericano de Pediatría. Santiago de Chile (21-26 de noviembre de 1944)* (pp. 1–9). Santiago.
- Garrahan, P. (2009, septiembre). Garrahan, Juan P.- Personaje recordado del mes. *Ciencia argentina en la vidriera*. Recuperado a partir de <http://www.cienciaenlavidriera.com.ar/2009/09/01/garrahan-juan-p-personaje-recordado-del-mes-septiembre-2009/>
- Garrett, H. (1966). Binet y la prueba individual de inteligencia. En H. (Autor) Garrett (Ed.), *Las grandes realizaciones de la psicología experimental* (3a edición, pp. 276–305). México: Fondo de Cultura Económica.
- Garrison, F. (1922). *Introducción a la Historia de la Medicina - Vol. II*. Madrid: Calpe.
- Gavilán, M. (2007). La formación de orientadores en contextos complejos con especial referencia a Latinoamérica. *Orientación y Sociedad*, 7, 73–87. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-88932007000100004&lng=es&tlng=es.
- Genta Mesa, G. (2006). Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura. *IATREIA. Revista médica Universidad de Antioquía*, 19(3), 296–304.
- Gentile-Ramos, I. (2001). Hospitalismo y asilismo en los conceptos de Morquio. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 72(3), 180–184.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266>
- Gerscovich, J. (1944). El reflejo patelar en el lactante. *La Semana Médica*, LI(48), 1064–1067.
- Gesell, A. (1935). Cinemanalysis: A Method of Behavior Study. *The Journal of Genetic Psychology*, 47(1), 3–16.
- Gesell, A. (1940). Higiene mental de los niños, por el doctor Arnoldo Gesell, director de la Clínica de Desarrollo Infantil de Yale, Estados Unidos. *Infancia y Juventud*, (12), 103–109.
- Gesell, A., & Amatruda, C. (1946). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del*

- niño. Métodos clínicos y aplicaciones prácticas.* Buenos Aires: Paidós.
- Gesell, A., & Amatruda, C. (1947). *Embriología de la conducta. Los comienzos de la mente humana.* Buenos Aires: Paidós.
- Gesell, A., & Ilg, F. (1960). *La educación del niño en la cultura moderna* (4ta ed.). Buenos Aires: Editorial Nova.
- Giacomantone, O., Suárez, I., & Vitale, A. (2010). Sociedad Médica de La Plata 1910-2010. Su historia. *Educación Médica Permanente*, *II*(1), 4–49.
- Girbal-Blacha, N. (2006). “Nacimos para constituir hogares. No para la calle”. La mujer en la Argentina peronista (1946-1955). Continuidades y cambios. *Secuencia*, (65), 91–112.
- Godinho Lima, A. L. (2007). Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais de puericultura publicados no Brasil. *História: Questões & Debates*, *47*(2), 95–122.
- Golden, J., & Brosco, J. (2012). The United States Children’s Bureau and Pediatric Medicine: A Retrospective Analysis. *PEDIATRICS*, *130*(6), 993–995.
- Goldman, W. (2010). *La mujer, el Estado y la revolución: política familiar y vida social soviéticas, 1917-1936.* Buenos Aires: Ediciones IPS.
- Gómez Di Vincenzo, J. A. (2011). *Estudio sobre la relación entre ciencias biomédicas, tecnologías sociales y orden social. Biotipología, educación, orientación profesional y selección de personal en Argentina entre 1930 y 1943.* Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires.
- Gómez Di Vincenzo, J. A. (2012). Biotipología, eugenesia y orden social en Argentina, (1930-1943). Matices y voces disonantes en la historia de un rotundo fracaso. En *V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad.* Buenos Aires. Recuperado a partir de https://www.academia.edu/8570479/Biotipología_eugenesia_y_orden_social_en_Argentina_1930_-_1943_.Matices_y_voces_disonantes_en_la_historia_de_un_rotundo_fracaso
- González, J. M. (1941). Peligros del alcoholismo. La degeneración hereditaria. *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, *V*(1-2-3), 651–656.
- González Leandri, R. (2006). La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, *7*(1), 36–78.
- González Leandri, R. (2012). Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires, 1850-1910. En M. Plotkin & E. Zimmermann (Eds.), *Los saberes del Estado* (pp. 125–152). Buenos Aires: Edhasa.

- González Leandri, R. (2013). Internacionalidad, Higiene y Cuestión Social en Buenos Aires (1850-1910). Tres momentos históricos. *Revista de Indias*, LXXIII(257), 23–54.
- Gould, S. J. (1988). *La falsa medida del Hombre*. Buenos Aires: Hyspamerica.
- Graebner, W. (1980). The Unstable World of Benjamin Spock: Social Engineering in a Democratic Culture, 1917-1950. *The Journal of American History*, 67(3), 612. <http://doi.org/10.2307/1889870>
- Grafton, A. (2007). La historia de las ideas. Preceptos y prácticas, 1950-2000. *Prismas*, (11), 123–148.
- Gravano, J. C. (2016). Comunicación personal vía correo electrónico. Buenos Aires, 24 de septiembre.
- Grob, G. (1987). The Mental Hygiene Movement. En *Mental Illness and American Society, 1875-1940* (pp. 144–178). Princeton: Princeton University Press.
- Guy, D. (1994). Niños abandonados en Buenos Aires (1880-1914) y el desarrollo del concepto de la madre. En L. Fletcher (Ed.), *Mujeres y cultura en la Argentina del siglo XIX* (pp. 217–226). Buenos Aires: Feminaria Editora.
- Guy, D. (1998). The Pan American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, Child Reform, and the Welfare State in Latin America. *Journal of Family History*, 23(3), 272–291.
- Hacking, I. (1991). *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Hale, N. G. (1995). *The Rise and Crisis of Psychoanalysis in the United States: Freud and the Americans, 1917-1985*. New York: Oxford University Press.
- Halliday, J. L. (1961). *Medicina psicosocial. Un estudio de la sociedad enferma*. Buenos Aires: Eudeba.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Harris, B. (1997). Repoliticizing the History of Psychology. En D. Fox, I. Prilleltensky, & S. Austin (Eds.), *Critical psychology: An introduction* (pp. 21–33). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Harris, B. (2011). Arnold Gesell's progressive vision: Child hygiene, socialism and eugenics. *History of Psychology*, 14(3), 311–334. <http://doi.org/10.1037/a0024797>
- Hartsock, N. (1992). Foucault sobre el poder: ¿Una teoría para mujeres? En L. Nicholson (Ed.), *Feminismo/Posmodernismo* (pp. 30–52). Buenos Aires: Feminaria Editora.

- Hayward, R. (2012). The invention of the psychosocial: An introduction. *History of the Human Sciences*, 25(5), 3–12. <http://doi.org/10.1177/0952695112471658>
- Herman, E. (1995). *The Romance of American Psychology. Political Culture in the Age of Experts*. Berkeley: University of California Press.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. London and New York: Routledge.
- Holzkamp, K. (1995/2016). La colonización de la infancia: las explicaciones psicológicas y psicoanalíticas del desarrollo. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 8, 303–329.
- Hopfengärtner, J. (2012). Apuntes para una biografía de Bela Székely (1892-1955). *Revista de Psicología - Segunda Época*, 12, 187–210.
- Huertas, R. (2008). *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Madrid: Octaedro - CSIC.
- Hulbert, A. (2004). *Raising America: experts, parents and a century of advice about children*. New York: Vintage Books.
- Hull, A. (2012). Glasgow's "sick society"?: James Halliday, psychosocial medicine and medical holism in Britain c.1920-48. *History of the Human Sciences*, 25(5), 73–90. <http://doi.org/10.1177/0952695112469556>
- Ibarra, F. (2010). De la Psicotecnia al Psicodiagnóstico y de la Orientación Profesional a la Orientación Vocacional. Breve historia de la Psicología aplicada al área laboral en Argentina: 1925-1957. En *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 205–206). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Iglesias, S., Villagra, H., & Barrios, L. (1998). *Un viaje a través de los espejos de los Congresos Panamericanos del Niño*. Montevideo.
- Iraeta, D. (1936). Protección Maternal. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, (69), 13–14.
- Iriye, A. (2013). *Global and Transnational History. The Past, Present and Future*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan.
- Jauss, H. R. (1981). Estética de la recepción y comunicación literaria. *Punto de Vista*, (12), 34–40.
- Jay, M. (2003). *Campos de fuerza. Entre la historia intelectual y la crítica cultural*. Buenos Aires: Paidós.

- Jiménez Lucena, I., & Ruiz Somavilla, M. J. Castellanos Guerrero, J. (2002). Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo. *Asclepio*, *LIV*(1), 201–218.
- Kevles, D. (1986). *In the Name of Eugenics. Genetics and the Uses of Human Heredity*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Key, E. (1906). *El siglo de los niños*. Barcelona: Henrich y Cía.
- Klappenbach, H. (1995). Psicología y campo médico. Argentina: años '30. *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, *1*(1/2), 159–226.
- Klappenbach, H. (1999a). El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina*, (10), 3–17.
- Klappenbach, H. (1999b). *La psicología en Argentina: 1940-1958. Tensiones entre una psicología de corte filosófico y una psicología aplicada*. Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Klappenbach, H. (2000). El título profesional de psicólogo en Argentina. Antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *32*(3), 419–446.
- Klappenbach, H. (2001). Dos editoriales en los comienzos de la profesionalización de la psicología en Argentina. *Memorandum*, (1), 61–71. Recuperado a partir de <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos01/klappenbach01.htm>.
- Klappenbach, H. (2002). La psicología en la Argentina en el período de entreguerras. *Saber y Tiempo*, (13), 133–162.
- Klappenbach, H. (2006). Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología*, *27*(1), 109–164.
- Kline, W. (2001). *Building a Better Race: Gender, Sexuality, and Eugenics from the Turn of the Century to the Baby Boom*. Berkeley: University of California Press.
- Knibiehler, Y. (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Koselleck, R. (1993). *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Kreimer, P. (1999). Ciencia y periferia: una lectura sociológica. En M. Monserrat (Ed.), *La historia de la ciencia en el siglo XX* (pp. 187–201). Buenos Aires: Manantial.
- Krumdieck, C. (1937). Fundamentos psico-somáticos de la individualidad del lactante.

- En *Memoria del VII Congreso Panamericano del Niño - Tomo II* (pp. 240–246). México: Oficina Internacional Panamericana del Niño.
- Kuhlman, F. (1912). A Revision of the Binet-Simon System for Measuring the Intelligence of Children. *Journal of Psycho-Asthenics. Monograph Supplements*, I(1), 1–41.
- Kuhn, T. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas* (3ra ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- La Capra, D. (1998). Repensar la historia intelectual y leer textos. En E. Palti (Ed.), *“Giro lingüístico” e historia intelectual* (pp. 237–293). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- La Nipiología. La fecunda obra del Prof. Ernesto Cacace. (1936). *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, (63), 1–2.
- La Rocca, J. (1941a). “Ayuda de crianza” de la Sociedad de Beneficencia de la Capital. Su importancia. En R. Castillo (Ed.), *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo II* (pp. 300–306). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- La Rocca, J. (1941b). La Colocación Familiar del pupilo de primera infancia de la Sociedad de Beneficencia de la Capital. En R. Castillo (Ed.), *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo II* (pp. 291–299). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- La Rocca, J. (1943). Valor médico social y organización de la Colocación Familiar en la Casa de Expósitos. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, VII(3), 342–352.
- La Rocca, J. (1944). Pseudoin suficiencia mental en una niña de cinco años. Curación por shock emocional. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, VIII(1), 13–17.
- La Rocca, J., & Raffo, D. O. (1947). Depresión psíquica en una niña por cambio de ambiente. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, XI(1–2), 41–46.
- La vitamina psíquica del niño. (1955, febrero). *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 76–77.
- Laín Entralgo, P. (1950). *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*. Madrid: Editorial Paz Montalvo.
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores.

- Larguía, A. (1952). Curso sobre: Conceptos actuales y clínica de los llamados trastornos nutritivos del lactante. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XVIII(1), 1–35.
- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38(2), 181–192. <http://doi.org/10.1007/BF00300458>
- Lascano, J. C., Bettinotti, S., & Halac, E. (1939). Bio-demografía de la morbi-mortalidad maternal e infantil. En *Actas y Trabajos del Sexto Congreso Nacional de Medicina - Tomo III* (pp. 553–554). Rosario: Establecimiento Gráfico Pomponio.
- Laval, E. (2008). Recuerdo histórico del antiguo Servicio de Infecciosos del Hospital de Niños Manuel Arriarán. *Revista Chilena de Infectología*, 25(4), 301–306.
- Lawrence, C., & Weisz, G. (Eds.). (1998). *Greater than the parts: holism in biomedicine, 1920-1950*. New York: Oxford University Press.
- Le Blanc, G. (2004). *Canguilhem y las normas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lenroot, K. (1943). El niño de hoy y de mañana. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, XVII(1), 183–196.
- León, R. (2000). Los psicólogos hispanoparlantes y la teoría de Alfred Adler en la revista *Internationale Zeitschrift fuer Individualpsychologie* (1914-1937). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1), 107–126.
- Leonard, J. (1983). Eugenismo y Darwinismo. Esperanzas y perplejidades en los médicos franceses del Siglo XIX y principios del Siglo XX. Recuperado a partir de <http://www.elseminario.com.ar/>
- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and Theories of Human Development* (3^o). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Liebovich, B. (2016). Abigail Eliot and Margaret McMillan. Bringing the Nursery School to the United States. *Young Children*, 71(2), 92–95.
- Lionetti, L., & Míguez, D. (Eds.). (2010). *Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre prácticas, discursos e instituciones (1890-1960)*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Lolas Stepke, F. (2008). La medicina antropológica de Heidelberg: Una perspectiva personal y algunas reflexiones. *Persona*, (11), 33–50.
- Loredo Narcandi, J. C. (2014). La construcción de niños y niñas en España durante el primer tercio del siglo XX: una primera aproximación genealógica. En C. Cerri &

- T. Sánchez Criado (Eds.), *Edades, transiciones e instituciones* (pp. 25–31). Madrid: Creative Commons.
- Loredo Narciandi, J. C. (2016). Cultivar bebés, gobernar ciudadanos: un viaje de ida y vuelta por la puericultura española moderna. *Revista de Historia de la Psicología*, (37), 47–54.
- Loredo Narciandi, J. C., & Jiménez Alonso, B. (2014). Pequeños ciudadanos: la construcción de la subjetividad infantil en la primera puericultura española e hispanoamericana. *Universitas Psychologica*, 13(5), 15–25.
- Los padres exponen sus problemas. Una carta de la mamá de Horacio y Fernando. (1958, agosto). *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 61.
- Lucero Kelly, C. (1957). Bernardo Serebrinsky. Su personalidad y su obra. *Revista Médica de Córdoba*, (45), 31–34.
- Luque, E., & Rodríguez Sturla, P. (2000). Concepciones sobre la importancia de la psicología en la clínica de Telma Reca y Marcos Victoria. En J. C. Ríos, R. Ruiz, J. C. Stagnaro, & P. Weissmann (Eds.), *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Historia y Memoria* (pp. 169–177). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Macchioli, F. (2010). *Los inicios de la terapia familiar en la Argentina. Implantación, configuración y desarrollo de un nuevo campo disciplinar (1960-1979)*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Macchioli, F., García, L. N., Molinari, V., Benítez, S. M., & Cardaci, G. (2015). La circulación de saberes psicológicos, psiquiátricos y psicoanalíticos en la Argentina (1900-1993): apuntes historiográficos e históricos. *Anuario de Investigaciones*, XXII, 227–236.
- Macera, J. M. (1923). Acción del hospitalismo en los lactantes. *La Semana Médica*, XXX(48), 1204–1210.
- Maino, E. (1955). El niño en el hospital. *El Médico Práctico*, XI(126), 2.
- Mañé Garzón, F. (2014). Entrevista. Montevideo, 15 de septiembre.
- Marchese, F. J. (1995). The place of eugenics in Arnold Gesell's maturation theory of child development. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 36(2), 89–114. <http://doi.org/10.1037/0708-5591.36.2.89>
- Marcos, J. (1953). Problemas psicósomáticos en la infancia. En A. Ramón Guerra (Ed.), *XXIV Curso de Perfeccionamiento en Pediatría* (pp. 409–429). Montevideo: Impresora L.I.G.U.

- Marcos, J., & Müller, E. (1961). Carencia de cuidados maternales en la infancia. *Boletín del Instituto Interamericano del Niño*, XXXV(2), 70–84.
- Margaret Ribble, Psychoanalyst, 80. (1971, julio 21). *The New York Times*, p. 38. New York.
- Martín, A. L., & Ramacciotti, K. (2016). Profesiones sociosanitarias: Género e Historia. *Avances del Cesor*, XIII(15), 81–92.
- Martin, O. (2003). *Sociología de las ciencias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Martínez Zuviría, E. (1939, agosto). ¿Tiene el peso y la talla ideal? *Hijo mío..!*, 312–315;364.
- Mateos, R. (2008). *Recordando el pasado para afirmar el porvenir: Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”*. La Plata: Ediciones Pro-Infantia.
- Mateos, R., & Marini, M. A. (2011). *Experiencia docente innovadora. 25° Aniversario de la Cátedra de Pediatría “B”*. La Plata: Ediciones Pro-Infantia.
- May, M. (1971). A Retrospective View of the Institute of Human Relations at Yale. *Behavior Science Notes*, 6(3), 141–172.
- Mazet, P. (2014). Georges Heuyer (1884–1977). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(4), 259–260.
- Mazzeo, V. (2007). La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 1860-2002. *Papeles de Población*, 13(53), 241–273.
- Mazzeo, V., & Pollero, R. (2005). La mortalidad infantil en ambas márgenes del Río de la Plata en la primera mitad del Siglo XX. ¿Dos orillas, dos realidades? En *VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Tandil: Universidad Nacional del Centro.
- McCarthy, M. (2002). A brief history of the World Health Organization. *The Lancet*, 360(9340), 1111–1112. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11244-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11244-X)
- Mechling, J. (1975). Advice to Historians on Advice to Mothers. *Journal of Social History*, 9, 44–63.
- Medina Doménech, R. M., & Rodríguez Ocaña, E. (1994). Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 14, 77–94.
- Mendilaharsu, J., & Díaz Bobillo, I. (1940). Antropometría en el lactante. *La Semana Médica*, XLVII(52), 1441–1447.
- Menninger, W. (1994). The role of psychiatry in the world today (1947). *The American*

- Journal of Psychiatry*, 151(6), 75–81.
- Mercante, H. (1945). Los primeros días del niño (Conferencia radial). *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, (12º Sesión Científica Extraordinaria), 41–45.
- Meroni, R. (1980). Historia de la pediatría clínica. En *1º Congreso Hispanoamericano de Historia de la Medicina* (pp. 315–319). Buenos Aires.
- Meroni, R., Ruvinsky, R., Bonesana, N., Morano, J., & Puga, T. (1980). Mesa Redonda: Historia de la pediatría. En *1º Congreso Hispanoamericano de Historia de la Medicina* (pp. 314–338). Buenos Aires: Sociedad Argentina de Historia de la Medicina.
- Míguez, E. (1999). Familias de clase media: la formación de un modelo. En F. Devoto & M. Madero (Eds.), *Historia de la vida privada en la Argentina. Tomo II: La Argentina plural (1870-1930)* (pp. 21–45). Buenos Aires: Taurus.
- Mira y López, E. (1944). Correlaciones de la Pediatría, la Pedagogía y la Psiquiatría. En J. Bonaba (Ed.), *XV Curso de Perfeccionamiento en Pediatría* (pp. 13–21). Montevideo: Impresora L.I.G.U.
- Miranda, M. (2005). La biotipología en el pronatalismo argentino (1930-1983). *Asclepio*, 57(1), 189–218.
- Miranda, M. (2011). *Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Miranda, M. (2014). La eugenesia y sus historiadores. En C. Biernat & K. Ramacciotti (Eds.), *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales* (pp. 83–101). Buenos Aires: Biblos.
- Mitscherlich, A. (1956). El problema de la relación cuerpo y alma en la moderna medicina. En J. Gebser, E. Naegeli, & A. March (Eds.), *La nueva visión del mundo* (2da ed., pp. 100–127). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Mizrachi, N. (2001). From Causation to Correlation: The Story of Psychosomatic Medicine 1939–1979. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 25(3), 317–343. <http://doi.org/10.1023/A:1011817010797>
- Monasterio, F., Ravagnan, L. M., Rolla, E., & Tobar García, C. (1961). Fundamentos y fines de la carrera de psicología. *Humanidades (La Plata)*, (38), 247–257.
- Montagna, C. (1950). Clasificación de los períodos de la vida. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XVI(1), 21–31.
- Moreno de Taubenslag, I., Taubenslag, L., Méndez, A., & Burich, M. T. (1963). Mesa Redonda: Desarrollo Psicomotor y Estado Nutritivo. En *XIII Jornadas Argentinas*

- de Pediatría* (pp. 255–279). Tucumán: Sociedad Argentina de Pediatría (Filial Tucumán).
- Moreno de Taubenslag, I., Taubenslag, L., Rybak, A., & Burich, M. T. (1963). Nivel de Maduración Neuropsíquica en la Distrofia Carencial del Lactante. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXXIV(3–4), 66–72.
- Morquio, L. (1934, noviembre). La enseñanza práctica de la puericultura a las futuras madres. *Madre y Niño*, 7–8.
- Morquio, L. (1936). Sobre asistencia de lactantes. En *Clínica de Niños. Apuntes de Clases del Prof. Morquio* (pp. 172–200). Montevideo: Claudio García & Cía. Editores.
- Morquio, L., Romero, M., Bauzá, J., Alvarez Vignoli de Demicheli, S., Fournier, E., Escardó y Anaya, V., & Infanzozzi, J. (1934). Código del Niño. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, VIII(1), 6–104.
- Morss, J. R. (1996). *Growing Critical: alternatives to developmental psychology*. London and New York: Routledge.
- Mouchet, E. (1933). Psicología y medicina. De la necesidad de introducir la enseñanza de la psicología en el plan de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. *Boletín de la Sociedad de Psicología de Buenos Aires*, I (1930-19), 49–56.
- Mouchet, E. (1938). Palabras Liminares. *Anales del Instituto de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires*, (II), 4.
- Moulin, A. M. (2006). El cuerpo frente a la medicina. En A. Corbin, J.-J. Courtine, & G. Vigarello (Eds.), *Historia del Cuerpo. (III) El Siglo XX* (pp. 29–79). Madrid: Taurus.
- Müller, E. (1956). Test de Gesell. Observaciones sobre 70 niños examinados. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XXVII(1), 21–28.
- Naegeli, E. (1956). Prefacio. En J. Gebser, E. Naegeli, & A. March (Eds.), *La nueva visión del mundo* (2da ed., pp. 9–11). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.
- Neiburg, F., & Plotkin, M. (2004). Intelectuales y expertos. Hacia una sociología histórica de la producción del conocimiento sobre la sociedad en la Argentina. En F. Neiburg & M. Plotkin (Eds.), *Intelectuales y expertos: la constitución del conocimiento social en Argentina* (pp. 15–30). Buenos Aires: Paidós.

- Nes El, M. (2003). Los médicos chilenos en la época del Holocausto. *Cuadernos Judaicos*, (30), 34–50.
- Nocetti Fasolino, J. (1956). Contribución al problema del hospitalismo en la internación del lactante. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XXII(3–4), 96–110.
- Nuestra legislación. Ley de Protección Maternal e Infantil (Ley Palacios). (1938). *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IV(2), 157–172.
- Nuestros hijos. (1954, diciembre). *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 1.
- Obes Polleri, J. (1934). El Estado y la Protección del Niño (Folleto). Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Obituary. Dr. Hector Cameron. (1958). *British Medical Journal*, I(5075), 893.
- Olaran Chans, A. (1939). Protección médico-social de la primera infancia. En *Actas y Trabajos del Sexto Congreso Nacional de Medicina - Tomo III* (pp. 579–590). Rosario: Establecimiento Gráfico Pomponio.
- Ortega, C., & Michelli, J. J. (1959). Tratamiento de la anorexia infantil con una asociación de reserpina con vitaminas B12, B1 y factor intrínseco. *La Semana Médica - Edición Mensual Extraordinaria*, LXVI(16), 376–377;381.
- Ostrovsky, A. E. (2010). Las historias críticas de la Psicología desde la perspectiva de género. Pensando sus influencias y posibilidades. *Estudios e Pesquisas em Psicologia*, 10(3), 911–929.
- Overton, W. (2006). Developmental Psychology: Philosophy, Concepts, Methodology. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology . Vol I. Theoretical Models of Human Development* (6th ed., pp. 18–88). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Padilla Roqué, C. (1941). *Creciendo fuertes. Moderna y práctica guía para el cuidado y la educación de los niños de uno a seis años*. Buenos Aires: Orientación Integral Humana.
- Palacios Costa, N., & Escardó, F. (1934). Las dos puericulturas. *La Semana Médica*, XLI(39), 929–934.
- Paoloca, O. (2013). Entrevista. La Plata, 13 de octubre.
- Parellada, C., Lescano, A., & Benítez, S. M. (2015). Aportes metodológicos de la historia conceptual a la historia de la psicología. En *Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación y XI Encuentro de Investigadores en Psicología del*

- MERCOSUR - Tomo 3* (pp. 38–41). Buenos Aires: Facultad de Psicología (UBA).
- Pasamanick, B. (1960). Arnold Gesell: “On His Eightieth Birthday”. *Child Development*, 31(2), 240–242. Recuperado a partir de <http://www.jstor.org/stable/1125900>
- Patton, R., & Gardner, L. (1962). Influence of Family Environment on Growth: the Syndrome of “Maternal Deprivation”. *PEDIATRICS*, 30, 957–962.
- Peluffo, E., & Saldún de Rodríguez, M. L. (1963). Puericultura coexistencial. Medios docentes y educacionales. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XXXIV(7), 409–420.
- Pereira Ramírez, E., & Giacosa, S. (1936). Dos observaciones de hipotrofia grave o de segundo grado. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, II(2), 198–203.
- Piaggio Garzón, W. (1939). Reflexiones sobre los diversos aspectos de la orientación actual de la Medicina General y de la Pediatría. *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, XII(3), 499–531.
- Pichon-Rivière, E., Reca, T., Escardó, F., Ravagnan, L. M., & Horas, E. O. de. (1959). Mesa Redonda: Enseñanza de la psicología del niño. En J. Mazza (Ed.), *X Jornadas Argentinas de Pediatría* (pp. 251–282). La Plata: Sociedad Argentina de Pediatría (Filial La Plata).
- Pickren, W., & Rutherford, A. (2010). *A History of Modern Psychology in Context*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Pignone, L. (1942). Primera Infancia (Conferencia radial transmitida por LRA Radio del Estado). *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*.
- Plank, E. N., Caughey, P. A., & Lipson, M. J. (1959). A general hospital child care program to counteract hospitalism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29(1), 94–101. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1959.tb00169.x>
- Plotkin, M. (2003). *Freud en las Pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Plotkin, M. (2007). Sueños del pasado y del futuro. La Interpretación de los Sueños y la Difusión del Psicoanálisis en Buenos Aires (ca. 1930-ca. 1950). En S. Gayol & M. Madero (Eds.), *Formas de Historia Cultural* (pp. 247–271). Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Plotkin, M., & Zimmermann, E. (Eds.). (2012). *Los saberes del Estado*. Buenos Aires: Edhasa.

- Portillo, J. M. (1987). Crónicas del Hospital Dr. Pedro Visca. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay*, 6, 36–51.
- Potter, E. (2006). *Feminism and Philosophy of Science*. London: Routledge.
- Pozzio, M. (2011). *Madres, mujeres y amantes: usos y sentidos de género en la gestión cotidiana en políticas de salud*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Praderi, J. A. (1949). Enseñanza de la Pediatría. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XX(3), 140–150.
- Premio Sociedad de Puericultura. (1952). *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XVIII(1), 59.
- Prieto Díaz, H. (1942). Algunos aspectos de la educación familiar del niño. En C. de H. M. y Preventiva (Ed.), *Educación Sanitaria Popular y Propaganda Higiénica. Ciclo de conferencias radiotelefónicas propaladas por L. R. 11 (Estación radiotelefónica de la Universidad)* (pp. 93–97). La Plata: Facultad de Ciencias Médicas.
- Prilleltensky, I. (1989). Psychology and the Status Quo. *American Psychologist*, 44(5), 795–802.
- Programas de los cursos de Biología y Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras, dictados en el año 1937. (1938). *Anales del Instituto de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires*, (II), 514–524.
- Propósitos y realidades. (1935). *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, I(1), 17–18.
- Puga, T. (1980). “Archivos Argentinos de Pediatría” en la difusión científica iberoamericana. En *Iº Congreso Hispanoamericano de Historia de la Medicina* (pp. 332–338). Buenos Aires: Sociedad Argentina de Historia de la Medicina.
- Puga, T. (2002). Un recuerdo para Florencio Escardó. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 100(4), 273–274.
- Puga, T. (2005). A propósito de las Bodas de Brillante de Archivos Argentinos de Pediatría. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(2), 147–154.
- Puga, T. (2012). Reseña histórica de la pediatría latinoamericana. Recuperado el 1 de agosto de 2012, a partir de http://www.alape.org/documentos_pediatria_latinoamericana.php
- Quejas de un lactante. ¡Debo dormir solo! (1954, diciembre). *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 14–15.
- Quejas de un lactante. El lunes. (1955, mayo). *Nuestros hijos. Su educación moral y*

- física*, 83.
- Quejas de un lactante. Me gusta el chupete limpio. (1955, febrero). *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 66–67.
- Quejas de un lactante. Pocos besos y nunca en la boca. (1955, enero). *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 72–73.
- Quiñónez, J. A. (2007). Evocando a Carlos Segúin en el centenario de su nacimiento. *Acta Médica Peruana*, 24(2), 133.
- Raffo, D. O. (1946). Hospitalismo en primera infancia. Valor médico de la colocación familiar del pupilo del Estado. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, X(1–2), 8–17.
- Ramacciotti, K. (2006). Las voces que cuestionaron la política sanitaria del peronismo (1946-1949). En D. Lvovich & J. Suriano (Eds.), *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina, 1870-1952* (pp. 169–195). Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Ramacciotti, K. (2010a). De chico, el árbol se puede enderezar. La salud infantil durante el peronismo. En L. Lionetti & D. Míguez (Eds.), *Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre discursos, prácticas e instituciones (1890-1960)* (pp. 175–195). Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Ramacciotti, K. (2010b). Las instituciones sanitarias en la Argentina. Entre el clamor de las urgencias sociales y la planificación. En A. Cannelotto & E. Luchtenberg (Eds.), *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades* (pp. 143–170). San Martín: Universidad Nacional de Gral. San Martín.
- Ramacciotti, K. (2014). Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(1), 85–105.
- Ramacciotti, K., & Valobra, A. (2004). “... plasmar la raza fuerte...”. Relaciones de género en la campaña sanitaria de la Secretaría de Salud Pública de la Argentina (1946-1949). En K. Ramacciotti & A. Valobra (Eds.), *Generando el peronismo: estudios de cultura, política y género (1946-1955)* (pp. 19–64). Buenos Aires: Proyecto Editorial.
- Ramallón, R. (1937, noviembre). Una obra maestra y su pintor. *Hijo mío..!*, 500–501; 530; 532.
- Ramallón, R. (1938a, enero). En la constelación familiar aparece una nueva estrella.

- Hijo mío..!*, 624–626;652.
- Ramallón, R. (1938b, mayo). ¿No quiere ir a la escuela? *Hijo mío..!*, 91–93;133.
- Ransbury, M. K. (1982). Friedrich Froebel 1782–1982: A Reexamination of Froebel's Principles of Childhood Learning. *Childhood Education*, 59(2), 104–106.
- Reca, T. (1931). Clínicas de Orientación Infantil en los Estados Unidos. *La Semana Médica*, XXXVIII(40), 1082–1085.
- Reca, T. (1932). *Delincuencia infantil en los Estados Unidos y en la Argentina*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Reca, T. (1941a). Cociente evolutivo en la 1° y 2° infancia, edad pre-escolar. Investigación realizada sobre 140 niños de 1° infancia y 409 de 2° infancia. En *Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura - Tomo I* (pp. 271–291). Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli.
- Reca, T. (1941b). La Dirección de Maternidad e Infancia ante al problema del abandono y la anormalidad infantil. *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, V(1-2-3), 529–532.
- Reca, T. (1941c). Retardo afectivo y trastornos de conducta en la infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XII(2), 107–125.
- Reca, T. (1942). Higiene mental y educación infantil. *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, VI(Suplemento N° 1), 667–671.
- Reca, T. (1943a). *Dr. Telma Reca de Acosta's report on visits in United States. December 1942 to April 1943*.
- Reca, T. (1943b). Psicoterapia en la infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XIV(4), 310–316.
- Reca, T. (1944). El desarrollo neuromotor y su relación con el desarrollo intelectual en la edad preescolar. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XV(1), 60–78.
- Reca, T. (1945). Libros y Tesis. Significado, uso y valor de los tests, por el Dr. Carlos A. Veronelli. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XVI(5), 177.
- Reca, T. (1956, junio). Los cimientos de la personalidad. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 74–75.
- Reca, T. (1963). Introducción a la Primera Edición. En T. Reca (Ed.), *Psicoterapia en la infancia* (2a ed., pp. 11–16). Buenos Aires: Paidós.
- Reca, T. (1972). *Temas de psicología y psiquiatría de la niñez y adolescencia. Volumen III*. Buenos Aires: CEAM.

- Reggiani, A. (2012). Distopía y población: la recepción de los debates europeos sobre la natalidad en la Argentina de los años 30. En M. Miranda & G. Vallejo (Eds.), *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945* (pp. 141–166). Buenos Aires: Biblos.
- Reseña Histórica de la Filial La Plata - Sociedad Argentina de Pediatría. (2011). Recuperado el 28 de marzo de 2014, a partir de <http://saplaplata.blogspot.com.ar/2011/07/resena-historica-de-la-filial-la-plata.html>
- Restrepo Forero, O. (2000). La sociología del conocimiento científico o de cómo huir de la “recepción” y salir de la “periferia”. En D. Obregón (Ed.), *Culturas científicas y saberes locales: asimilación, hibridación, resistencia* (pp. 197–220). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rex, J. (1968). El problema del funcionalismo. En *Problemas fundamentales de la teoría sociológica* (pp. 81–101). Buenos Aires: Amorrortu.
- Ribble, M. (1968). *Derechos del Niño. Primeras necesidades psicológicas y su satisfacción* (3ra ed.). Buenos Aires: Editorial Nova.
- Richards, G. (1997). *“Race”, Racism and Psychology. Towards a reflexive history*. London and New York: Routledge.
- Ricoeur, P. (2005). *Sobre la traducción*. Buenos Aires: Paidós.
- Riestra, C. (1936a, mayo). Los niños poseen un equipo mental que no sospechamos. *Hijo mío..!*, 90; 128; 133.
- Riestra, C. (1936b, junio). Hay que considerar el desarrollo mental en los primeros años de vida. *Hijo mío..!*, 146;186;191.
- Riestra, C. (1936c, noviembre). Todo lo imitan. *Hijo mío..!*, 484–485;540.
- Riger, S. (1992). Epistemological debates, feminist voices: science, social values and the study of women. *American Psychologist*, (47), 730–740.
- Rimoldi, H. (1957). Informe sobre la enseñanza de la Psicología Médica en la Facultad de Medicina. *Ciencia e Investigación*, 13(4), 181–183.
- Rinaldi, G. (1992). La noche que Florencio Escardó lloró. Manuscrito inédito.
- Rinaldi, G. (2016). Entrevista. Buenos Aires, 26 de julio.
- Ríos, J. C., & Talak, A. M. (1999). La niñez en los espacios urbanos. En F. Devoto & M. Madero (Eds.), *Historia de la vida privada en la Argentina. Tomo II: La Argentina plural (1870-1930)* (pp. 138–161). Buenos Aires: Taurus.
- Rivelis, L. (1955a, octubre). 1er año del bebé. Época de cambios y problemas. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 6–7.

- Rivelis, L. (1955b, noviembre). Las primeras emociones de la madre. El padre no debe ser “el hombre olvidado”. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 24–26.
- Rivelis, L. (1956a, marzo). El derecho de succión. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 80–85.
- Rivelis, L. (1956b, julio). Aprendamos a evitar la inapetencia. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 15–18.
- Rivelis, L. (1958a, marzo). Si su bebé cumple un año... *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 57–61.
- Rivelis, L. (1958b, abril). Cómo es y qué hace el bebé de 4 meses. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 46–47; 67.
- Rivelis, L. (1958c, junio). Cómo es y qué hace un bebé a los seis meses. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 58–59.
- Rivelis, L. (1958d, julio). El bebé cumplió nueve meses. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 42–43; 71.
- Rivelis, L. (1958e, octubre). Las primeras emociones de la madre. Algo sobre el padre. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 35–37.
- Rivelis, L. (1958f, noviembre). Ya tiene un año y medio. *Nuestros hijos. Su educación moral y física*, 32–33; 82.
- Rodríguez Ocaña, E. (2003). La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 23.
- Rodríguez Sturla, P. (2004). Sobre la transmisión de la psicología en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (1940-1957). *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, (20), 20–25.
- Rodríguez Sturla, P. (2009). El Centro de Psicología y Psiquiatría Infantil dirigido por Telma Reca. En *Actas del X Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis* (pp. 297–304). San Luis.
- Romero Croce, J. (2007). Carlos Alberto Seguí a 100 años del natalicio de un peruano ilustre. *Liberabit. Revista de Psicología*, (13).
- Rose, N. (1990). *Governing the Soul: the Shaping of the Private Self*. London and New York: Routledge.
- Rose, N. (1996). *Inventing our Selves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roselli, J. (1944). Papel de las Casas Cunas en la Asistencia Médico-Social del Niño de

- Primera Infancia. *Hoja Médica de la Casa Cuna (Sociedad de Beneficencia de La Plata)*, (2), 5–7.
- Roselli, J. (1948). Nota sobre la asistencia médico-social de la primera infancia. *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, IX(1), 13–19.
- Rossi, A. (1937). El psicoanálisis-Freud-Adler-Jung-Janet-Historia del Psicoanálisis. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, (72), 3–12.
- Rossi, L. (2010). Telma Reca. *Revista de Historia de la Psicología en Argentina*, (3), 93–100.
- Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis* (2da ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Rovere, M. (2013). La pediatría y la construcción social de la infancia. Análisis y perspectivas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(3), 224–231.
- Rueda, P. (1941). Nuevo tratamiento de la neuropatía del lactante. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XII(3), 156–168.
- Rueda, P. (1950). Necesidad de ampliar la enseñanza de la pediatría y de la puericultura en las universidades argentinas. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XVI(3), 100–113.
- Ruiz, C. (1939). La asistencia médico-social a la madre y al niño en Francia y Alemania. *Archivos Argentinos de Pediatría*, X(1), 46–80.
- Ruiz, C. (1942). Libros y Tesis. Manual de Neurología Infantil. Tomo I, por A. Gareiso y F. Escardó. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XIII(1), 79–80.
- Russo, M. T. (2010). La medicina humanística en la España del siglo XX y su aportación a la antropología filosófica. En P. Civil & F. Crémoux (Eds.), *Actas del XVI Congreso de la Asociación Internacional de Hispanistas*. Madrid: Iberoamericana.
- Rustoyburu, C. (2011). *Infancia, maternidad y paternidad en los discursos de la Nueva Pediatría. Buenos Aires, 1940-1976*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rustoyburu, C. (2012). Los consejos sobre crianza del Dr. Bonenfant: pediatría, psicoanálisis y escuela nueva. *Temas y debates*, 23, 103–124.
- Rustoyburu, C. (2015). Pediatría psicosomática y medicalización de la infancia en Buenos Aires, 1940-1970. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 22(4), 1249–1265.
- Rustoyburu, C. (2016). Maternidad e infancia. Los consejos médicos y psicológicos en

- la revista Hijo Mío...! Buenos Aires, en la década de 1930. *ARENAL*, 23(1), 117–142.
- Sabato, H. (1986). La historia intelectual y sus límites. *Punto de Vista*, IX(28), 27–31.
- Saldún de Rodríguez, M. L. (1942). Influencia del factor psíquico y afectivo en la distrofia del lactante. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XIII(3), 150–157.
- Salomone Allievi, R. (1938). *Pinard y la Puericultura*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sazbón, J. (2009). El desarrollo de la “intellectual history” y la problemática histórico-filosófica. En *Nietzsche en Francia y otros estudios de historia intelectual* (pp. 297–314). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Sbarra, N. (1938). Un nuevo enfoque de los problemas médicos: la medicina preventiva y social. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y Centro de Estudiantes*, I(10), 47–55.
- Sbarra, N. (1942a). Falleció el pediatra Marfan. *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, III(1), 92–94.
- Sbarra, N. (1942b). Palabras en la muerte de Finkelstein. *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, III(1), 90–92.
- Sbarra, N., Alcaide, A., & Carneiro, A. (1963). Medición del nivel de maduración neuropsíquica en niños de primera infancia internados y en adopción mediante el test de Gesell. *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, XXIV(1), 19–34.
- Sbarra, N., & Ricci, S. (1945). El Servicio Social de la Casa Cuna. *Revista de la Sociedad de Pediatría de La Plata*, 12° Sesión, 87–97.
- Scarzanella, E. (2003a). Los pibes en el Palacio de Ginebra: las investigaciones de la Sociedad de las Naciones sobre la infancia latinoamericana (1925-1939). *EIAL: Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 14(2), 5–30.
- Scarzanella, E. (2003b). *Ni gringos ni indios: inmigración, criminalidad y racismo en la Argentina, 1890-1940*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Schiavone, G. (1940). Consideraciones sobre la anorexia infantil. *Revista Oral de Ciencias Médicas*, V(54), 459–472.
- Schiavone, G. (1958). Recordando al Dr. Mamerto Acuña. *La Semana Médica*, LXV(3365), 733–735.
- Schweizer, F. (1924). Algo sobre desarrollo psíquico del lactante. *Revista de la Asociación Médica Argentina. Sociedad de Nipiología (Crónica de sesiones)*, XXXVII, 15–42.

- Schweizer, F. (1926). Asistencia hospitalaria del lactante. *La Semana Médica*, XXXIII(36), 666–671.
- Schweizer, F. (1940). Concepto actual de los trastornos nutritivos del lactante. Disontia. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, VI(4), 247–252.
- Scull, A. (2011). The mental health sector and the social sciences in post-World War II USA. Part 1: Total war and its aftermath. *History of Psychiatry*, 22(1), 3–19.
- Secord, J. (2004). Knowledge in Transit. *Isis*, 95(4), 654–672.
- Seguín, C. A. (1938a, junio). ¿Qué es el inconsciente? *Hijo mío..!*, 144–145; 176.
- Seguín, C. A. (1938b, julio). Edúqueles el inconsciente. *Hijo mío..!*, 222–223.
- Seguín, C. A. (1939, abril). El secreto de la felicidad. *Hijo mío..!*, 14–15;58.
- Seguín, C. A. (1940, marzo). Breve historia del Psicoanálisis. *VIVA CIEN AÑOS*, 762–764.
- Seguín, C. A. (1946). La doctrina psicósomática en el plan de estudios médicos. *Revista Médica de Rosario (Órgano del Círculo Médico)*, XXXVI(10), 645–648.
- Selig, D. (2006). The Whole Child: Social Science and Race at the White House Conference of 1930. En B. Beatty, E. D. Cahan, & J. Grant (Eds.), *When Science Encounters the Child: Education, Parenting, and Child Welfare in 20th-Century America* (pp. 136–156). New York and London: Teachers College Press.
- Senkman, L. (1990). Nacionalismo e inmigración: la cuestión étnica en las élites liberales e intelectuales argentinas: 1919-1940. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, I(1). Recuperado a partir de <http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/1312/1338>
- Serebrinsky, B. (1946). Prólogo del traductor. En *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Métodos clínicos y aplicaciones prácticas* (pp. 5–16). Buenos Aires: Paidós.
- Shils, E. (1976). *Los intelectuales en los países en desarrollo*. Buenos Aires: Ediciones Tres Tiempos.
- Simpson, J. Y. (1869). Some Propositions on Hospitalism. *The Lancet*, 94(2401), 332–335. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)50695-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)50695-4)
- Slech, T. (1937). Diagnóstico cualitativo del desarrollo psico-sensorial de los lactantes. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, III(2), 99–102.
- Slech, T., & Perelman, A. (1939). Distrofia de los lactantes. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, V(4), 284–295.
- Smith, R. (1997). *The Norton History of the Human Sciences*. New York: W. W.

Norton.

- Smuts, A. (2006). *Science in the Service of Children, 1893-1935*. New Haven and London: Yale University Press.
- Soler, J. A. (s/f). Historia de la Cátedra de Pediatría. Recuperado el 24 de junio de 2017, a partir de http://www.clinicapediatria.fcm.unc.edu.ar/catedra/cat_historia.htm
- Solovey, G. (1947). Publicaciones periódicas. “La Guerra afecta a la pediatría”. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XVIII(11), 605–606.
- Soloway, R. (1990). *Demography and Degeneration: eugenics and the declining birthrate in twentieth-century Britain*. Chapel Hill and London: The University of North Carolina Press.
- Sorá, G. (2004). Editores y editoriales de ciencias sociales: un capital específico. En F. Neiburg & M. Plotkin (Eds.), *Intelectuales y expertos: la constitución del conocimiento social en Argentina* (pp. 265–292). Buenos Aires: Paidós.
- Starks, S. L., & Braslow, J. T. (2005). The Making of Contemporary American Psychiatry, Part 1: Patients, Treatments, and Therapeutic Rationales Before and After World War II. *History of Psychology*, 8(2), 176–193. <http://doi.org/10.1037/1093-4510.8.2.176>
- Stepan, N. L. (1991). *“The hour of eugenics”*. *Race, gender and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.
- Stern, A. M. (1999). Responsible Mothers and Normal Children: Eugenics, Nationalism, and Welfare in Postrevolutionary Mexico, 1920–1940. *Journal of Historical Sociology*, 12(4), 369–397.
- Stewart de Costa, E., Kusnir, J. E., & Yunes, R. A. (1992). Telma Reca. Maestra de medicina casi olvidada. 1904-1979. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, III(9), 222–225.
- Sulman, A. M. (1973). The humanization of the American child: Benjamin Spock as a popularizer of psychoanalytic thought. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 9(3), 258–265. [http://doi.org/10.1002/1520-6696\(197307\)9:3<258::AID-JHBS2300090309>3.0.CO;2-H](http://doi.org/10.1002/1520-6696(197307)9:3<258::AID-JHBS2300090309>3.0.CO;2-H)
- Suriano, J. (2004). Introducción: una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina. En J. Suriano (Ed.), *La cuestión social en Argentina, 1870-1943* (pp. 1–29). Buenos Aires: La Colmena.
- Swain, G. (1994). Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l’idée contemporaine de psychothérapie. En *Dialogue avec l’insensé*.

- Essais d'histoire de la psychiatrie* (pp. 237–262). Paris: Gallimard.
- Taiana, C. (2006). Transatlantic Migration of the Disciplines of the Mind-Examination of the Reception of Wundt's and Freud's Theories in Argentina. En Adrian Brock (Ed.), *Internationalizing the History of Psychology* (pp. 34–55). New York and London: New York University Press.
- Taillens, J. (1938). La nervosité de l'enfant. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IV(4), 273–277.
- Talak, A. M. (1999). La psicología social del positivismo. La articulación de discursos psicológicos y discursos ético-políticos en el pensamiento positivista sobre lo social. En *VI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires. Recuperado a partir de http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Talak_Psicologia_social_positivismo.htm
- Talak, A. M. (2003). La historicidad de los objetos de conocimiento en psicología. *Anuario de Investigaciones*, XI, 505–514.
- Talak, A. M. (2004). Raza y nación en la psicología argentina. En *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires. Recuperado a partir de <https://www.aacademica.org/000-029/345.pdf>
- Talak, A. M. (2005). Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina, 1900-1940. En M. Miranda & G. Vallejo (Eds.), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino* (pp. 563–599). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Talak, A. M. (2008). *La invención de una ciencia primera. Los primeros desarrollos de la psicología en Argentina (1896-1919)*. Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Talak, A. M. (2014a). El desarrollo psicológico entre la naturaleza, la cultura y la política (1900-1920). En L. N. García, F. A. Macchioli, & A. M. Talak (Eds.), *Psicología, niño y familia en la Argentina 1900-1970: perspectivas históricas y cruces disciplinares* (pp. 45–96). Buenos Aires: Biblos.
- Talak, A. M. (2014b). Los valores en las explicaciones en psicología. En A. M. Talak (Ed.), *Las explicaciones en Psicología* (pp. 147–165). Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Talak, A. M., & García, P. (2008). Las mediciones estadísticas en la producción de conocimientos psicológicos en Argentina (1900-1930) y sus vinculaciones con las investigaciones psicológicas en Europa y Estados Unidos. En R. de Andrade

- Martins, L. Al-Chueyr Pereira Martins, C. Celestino Silva, & J. Mesquita Hidalgo Ferreira (Eds.), *Filosofía e história da ciência no Cone Sul: 3º Encontro* (pp. 37–47). Campinas: Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul.
- Talak, A. M., & Ríos, J. C. (2001). El “niño delincuente” entre la psicología, la criminología y la pedagogía en la Argentina (1900-1910). *Anuario de Investigaciones*, IX, 117–128.
- Tarcus, H. (2013). *Marx en la Argentina: sus primeros lectores obreros, intelectuales y científicos* (2a ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Terán, O. (2008). *Historia de las ideas en la Argentina. Diez lecciones iniciales, 1810-1980*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Thébaud, F. (2000). Introducción. En G. Duby & M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres en Occidente. 5. El siglo XX* (pp. 23–38). Madrid: Taurus.
- Thelen, E., & Adolph, K. E. (1992). Arnold L. Gesell: The paradox of nature and nurture. *Developmental Psychology*, 28(3), 368–380.
- Tiscornia, J. (1936). Función de los Dispensarios de la Protección de la Primera Infancia. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, (69), 36.
- Tubert, S. (Ed.). (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Turchetti, S., Herran, N., & Boudia, S. (2012). Introduction: have we ever been “transnational”? Towards a history of science across and beyond borders. *The British Journal for the History of Science*, 45(3), 319–336. <http://doi.org/10.1017/S0007087412000349>
- Turnes, A. (2014). *La Sociedad Uruguaya de Pediatría en su centenario (1915-2015). Evolución de la Pediatría en el Uruguay con una referencia al surgimiento en el Mundo*. Montevideo: Zonalibro.
- Turró, O., Ortiz, Á., Nocetti Fasolino, J., Garrote, R., de Elizalde, F., & Beranger, R. (1959). Mesa Redonda: Asistencia del niño hospitalizado. En J. Mazza (Ed.), *X Jornadas Argentinas de Pediatría* (pp. 233–251). La Plata: Sociedad Argentina de Pediatría (Filial La Plata).
- Turró, R. (1945). *Orígenes del conocimiento. El hambre*. Buenos Aires: E.M.C.A.
- Ucha, J. M., Kizlansky, B., Llama Figueroa, C. A., Guaglione, O., Quarantano, R., Waen, M., & Wofcy, H. (1957). Distrofias pluricarenciales en el lactante y en el niño, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XXIII(3), 121–128.
- Ugarte, F. (1944). *La inapetencia en el niño de primera infancia*. Trabajo del quinto año

- de adscripción a la cátedra Puericultura Primera Infancia. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ugarte, F. (1950). Algunos problemas prácticos de puericultura considerados desde el punto de vista psicoanalítico. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XVI(3), 133–142.
- Ugarte, F. (1952). *La conducta alimentaria infantil. Sus anomalías. La inapetencia*. Tesis del Profesorado. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ugarte, F. (1958). Antecedentes, títulos y trabajos presentados para optar al cargo de Profesor Adjunto de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Buenos Aires.
- Un gran benefactor infantil. (1937, noviembre). *Hijo mío..!*, 501.
- Urquijo, C. (1937, enero). El mundo del bebé. *Hijo mío..!*, 660–661;683.
- Vallejo, G. (2004). El ojo del poder en el espacio del saber: los Institutos de Biotipología. *Asclepio*, LVI(1), 219–244.
- Vallejo, G. (2009). La coerción disimulada: la propaganda radial de la eugenesia en la Argentina de entreguerras. En M. Miranda & A. Girón Sierra (Eds.), *Cuerpo, biopolítica y control social: América Latina y Europa en los Siglos XIX y XX* (pp. 181–206). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Vallejo, G. (2012). Eugenesia latina y relaciones de la Argentina con la Italia fascista. En *Una historia de la eugenesia: Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945* (pp. 167–217). Buenos Aires: Biblos.
- Vallejo, G., & Huertas, R. (2012). La ciencia en el disciplinamiento de la ciudad moderna. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 32(1), 13–19.
- Vallejo, G., & Miranda, M. (2004). Los saberes del poder: eugenesia y biotipología en la Argentina del siglo XX. *Revista de Indias*, LXIV(231), 425–444.
- Vallin, J. (1994). *La Demografía*. Santiago: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Valobra, A. (2005). “De cronopios y de famas”. La atención del binomio madre-hijo en la política sanitaria bonaerense durante la gobernación de Domingo A. Mercante, 1946-1952. En C. Panella (Ed.), *El gobierno de Domingo A. Mercante en Buenos Aires: 1946-1952. Un caso de peronismo provincial* (pp. 129–172). La Plata:

- Instituto Cultural de la Provincia de Buenos Aires.
- Varga, D. (2011). Look-normal: the colonized child of developmental science. *History of Psychology, 14*(2), 137–157.
- Vargas Catalán, N. (2002). *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Veronelli, C. (1945). *Significado, uso y valor de los tests*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Vezzetti, H. (1986). “VIVA CIEN AÑOS”: Algunas consideraciones sobre familia y matrimonio en la Argentina. *Punto de Vista, IX*(27), 5–10.
- Vezzetti, H. (1996a). *Aventuras de Freud en el país de los argentinos. De José Ingenieros a Enrique Pichon-Rivière*. Buenos Aires: Paidós.
- Vezzetti, H. (1996b). Los estudios históricos de la psicología en la Argentina. *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología, 2*(1/2), 79–93.
- Vezzetti, H. (1999). Las promesas del psicoanálisis en la cultura de masas. En F. Devoto & M. Madero (Eds.), *Historia de la vida privada en la Argentina. Tomo III: La Argentina entre multitudes y soledades. De los años treinta a la actualidad* (pp. 173–197). Buenos Aires: Taurus.
- Vezzetti, H. (2001). Michel Foucault: apuntes para una arqueología de la psicología (Conferencia en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología). Recuperado el 21 de abril de 2013, a partir de www.elseminario.com.ar
- Vezzetti, H. (2007). Historias de la psicología: problemas, funciones y objetivos. *Revista de Historia de la Psicología, 28*(1), 147–166.
- Vezzetti, H. (2016). *Psiquiatría, psicoanálisis y cultura comunista. Batallas ideológicas en la Guerra Fría*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Vicedo, M. (2011). The social nature of the mother’s tie to her child: John Bowlby’s theory of attachment in post-war America. *The British Journal for the History of Science, 44*(3), 401–426. <http://doi.org/10.1017/S0007087411000318>
- Vilhena, C. C., & Ferreira, A. G. (2014). Para bem formar uma personalidade normal. Discursos sobre como educar as crianças em revistas de Educação Familiar (1945-1958). *Revista Brasileira de História da Educação, 14*(2), 23–51. <http://doi.org/10.4025/rbhe.v14i2.458>
- Viseltear, A. (1984). Milton C. Winternitz and the Yale Institute of Human Relations: a brief chapter in the history of social medicine. *The Yale journal of biology and*

- medicine*, 57(6), 869–889.
- Vojkovic', M. C., & Zorzoli, M. C. (2007). Crianza: una experiencia de 60 años en el Hospital "Dr. Noel H. Sbarra". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(1), 50–53.
- Vosne Martins, A. P. (2008). "Vamos criar seu filho": os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 15(1), 135–154.
- Wasertreguer, S., & Raizman, H. (2009). *La Sala 17. Florencio Escardó y la mirada nueva*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Weizmann, F. (2010). From the "Village of a Thousand Souls" to "Race Crossing in Jamaica": Arnold Gesell, eugenics and child development. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 46(3), 263–275. <http://doi.org/10.1002/jhbs.20440>
- Weizmann, F., & Harris, B. (2012). Arnold Gesell: The Madurationist. En W. E. Pickren, D. A. Dewsbury, & M. Wertheimer (Eds.), *Portraits of pioneers in developmental psychology* (pp. 1–20). New York: Psychology Press.
- Wimmer, L. (1937, junio). Yo quisiera que fuera como los otros chicos. *Hijo mío..!*, 162–163–181.
- Winlow, H. (2001). Anthropometric cartography: constructing Scottish racial identity in the early twentieth century. *Journal of Historical Geography*, 27(4), 507–528. <http://doi.org/10.1006/jhge.2001.0354>
- Wittkower, E. D. (1974). Historical Perspective of Contemporary Psychosomatic Medicine. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 309–319. <http://doi.org/10.2190/3E22-QE77-PMDY-CWDD>
- Woodward, W. (1980). Toward a Critical Historiography of Psychology. En J. Brozek & P. Ludwig (Eds.), *Historiography of Modern Psychology* (pp. 29–67). Toronto: C. J. Hogrefe, Inc.
- Woodward, W. (2011). Charlotte Bühler (1893-1974): Scientific entrepreneur in developmental, clinical, and humanistic psychology. En D. Dewsbury, W. Pickren, & M. Wertheimer (Eds.), *Portraits of Pioneers in Developmental Psychology* (pp. 83–103). London: Psychology Press.
- Zimmermann, E. (1995). *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina, 1890-1916*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana - Universidad de San Andrés.
- Zmud de Schweide, A. (1938, diciembre). ¡Cuidado con el exceso de mimos! *Hijo mío..!*, 570–572; 584.
- Zmud de Schweide, A. (1939, enero). Niños abandonados. *Hijo mío..!*, 634-635-660.

Zwanck, A., & Bettinotti, S. (1929). El servicio social en el hospital. *La Semana Médica*, XXXVI(48), 5–15.