

Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas. Argentina, 1960-1970¹

Innovative practices in Psychiatry. Argentina, 1960-1970

Tendências inovadoras nas práticas psiquiátricas. Argentina, 1960-1970

Aida Alejandra Golcman, Psic²

Recibido: marzo 16 de 2012 • Aprobado: julio 9 de 2012

Para citar este artículo: Golcman AA. Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas. Argentina, 1960-1970. Rev Cienc Salud 2012; 10 (3): 387-401.

Resumen

El trabajo analiza prácticas psiquiátricas innovadoras que se llevaron a cabo en Argentina durante las décadas del sesenta y setenta, a partir del estudio del Hospital José Esteves en la provincia de Buenos Aires. *Objetivo*: presentar la convivencia de paradigmas diferentes y en tensión referentes a la salud mental en una misma institución, con las complejidades que este escenario apareja. *Metodología*: para este estudio se utilizó como fuente principal las historias clínicas de las pacientes admitidas en el Hospital entre 1960 y 1979, las que fueron cruzadas con publicaciones de diarios y revistas de la época. *Resultados*: del análisis se desprende que el contexto político de la época —de dictadura militar, de anulación de expresión política y persecución ideológica— influyó en el desarrollo de las experiencias psiquiátricas innovadoras. De este modo, se detectaron situaciones de antisemitismo y persecución ideológica a los trabajadores de la salud que participaron de estos proyectos, al tiempo que se confundieron conceptos y propuestas terapéuticas con ideas políticas “comunistas”. *Conclusiones*: a pesar de que la introducción de concepciones y prácticas diferentes sobre la salud mental generó cierta resistencia entre los psiquiatras más ortodoxos, la presencia de paradigmas distintos muestra un plan, tanto político como profesional, para transformar la Psiquiatría y la internación en Argentina.

Palabras clave: *Psiquiatría, innovaciones terapéuticas, persecución ideológica.*

¹ Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación mayor de tesis doctoral titulado *La formación de la práctica psiquiátrica. El caso del Hospital Esteves de Lomas de Zamora (1897-1987)*, financiada por una beca doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), bajo la dirección de Mariano Plotkin y Raquel Gil Montero.

² Becaria del Instituto Superior de Estudios Sociales (ISES), Conicet, estudiante de doctorado en Ciencias Sociales IDES-UNGS, bajo la dirección de Mariano Plotkin y Karina Ramacciotti. Correspondencia: alejandragolcman@gmail.com

Abstract

The paper analyzes innovative psychiatric practices that took place in Argentina during the sixties and seventies at the Hospital Jose Esteves in the province of Buenos Aires. Objective: To present the coexistence of different paradigms related to mental health in the same institution and to analyze the complexities generated by this scenario. Methodology: This study uses primary sources in the form of medical records of patients admitted to the hospital between 1960 and 1979. The medical records were cross-referenced with publications of newspapers and magazines of the time. Results: The analysis shows that the political environment during the era of military dictatorship —characterized by ideological persecution and the inhibition of political expression— influenced the development of innovative psychiatric practices. At the same time, instances of anti-Semitism and ideological persecution among health workers affected therapeutic approaches. Conclusions: While the introduction of innovative practices in mental health led to some resistance among the more orthodox psychiatrists, the presence of different paradigms shows a plan, both political and professional, to transform psychiatry and admission policy in Argentina.

Key-words: *Psychiatry, Innovative practices, ideological persecution.*

Resumo

O trabalho analisa práticas psiquiátricas inovadoras que se levaram a cabo na Argentina durante as décadas sessenta e setenta, a partir do estudo do Hospital José Esteves na província de Buenos Aires. *Objetivo:* apresentar a convivência de paradigmas diferentes e em tensão referentes à saúde mental em uma mesma instituição, com as complexidades que este cenário aparelha. *Metodologia:* para este estudo utilizou-se como fonte principal as histórias clínicas das pacientes admitidas no Hospital entre 1960 e 1979, as quais foram comparadas com publicações de jornais e revistas da época. *Resultados:* da análise se desprende que o contexto político da época (de ditadura militar, de anulação de expressão política e persecução ideológica) influiu no desenvolvimento das experiências psiquiátricas inovadoras. Deste modo, detectaram-se situações de anti-semitismo e persecução ideológica aos trabalhadores da saúde que participaram destes projetos, ao tempo que se confundiram conceitos e propostas terapêuticas com ideias políticas “comunistas”. *Conclusões:* a pesar que a introdução de concepções e práticas diferentes sobre a saúde mental gerou certa resistência entre os psiquiatras mais ortodoxos, a presença de paradigmas distintos mostra um plano, tanto político quanto Profissional, para transformar a psiquiatria e a internação na Argentina.

Palavras chave: *Psiquiatria, inovações terapêuticas, persecução ideológica.*

Entre los años 1966 y 1973 Argentina estuvo bajo un Gobierno de facto, cuya particularidad fue la implantación de un modelo autoritario, caracterizado por la anulación de la expresión política y un marcado interés por erradicar cualquier manifestación cultural o política

vinculada con el comunismo. En este clima, signado por la represión y la persecución política e ideológica, la Psiquiatria pasó de forma paradójica por un período de propuestas innovadoras y progresistas para la época (1-3). Durante esta etapa, desde el Instituto Nacional

de Salud Mental (creado en 1957) se propuso como experiencia piloto el trabajo de comunidades terapéuticas (4).

En este contexto, depositando la mirada en la salud mental, el objetivo es indagar sobre un nuevo paradigma de comunidades terapéuticas desarrolladas en el Hospital José Esteves, ubicado en el partido de Lomas de Zamora en la provincia de Buenos Aires, que transitó por un derrotero institucional particular. En 1908 se inauguró el Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora (actual José A. Esteves), como un anexo del Hospital Nacional de Alienadas, cuya superficie se incrementó entre 1913 y 1929. Progresivamente se fueron incorporando pacientes y alrededor del año 1940 había cerca de 3.100 internas. En un principio, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal ocupó un lugar relevante en el manejo administrativo y operativo de la Institución y, con el devenir del siglo XX, pasó a manos de diversas reparticiones estatales. Se sabe que en 1946 el Hospital José Esteves dejó de depender del Hospital Nacional de Alienadas y con este traspaso tuvieron lugar ciertos cambios que se vieron reflejados en los tratamientos.

Sin intenciones de generalizar, se cree que un estudio de caso permite mirar la institución hospitalaria “desde adentro”, lo que facilita el acceso a realidades diferentes y situaciones en tensión. De este modo, esta perspectiva analítica permite pasar de una historia global a varias otras, lo cual otorga la posibilidad de pensar en los procesos que se presentaron al interior de esta Institución (5-7).

En efecto, durante las décadas del sesenta y setenta en el Hospital convivieron prácticas psiquiátricas que se venían llevando a cabo desde décadas anteriores, como las terapias de choques, el uso chalecos de fuerza y las ampollas de leche, junto con otras terapias que se fueron incorporando, como la Psiquiatría Biológica y

la experiencia piloto de las comunidades terapéuticas, desarrolladas bajo las teorías de la Psicología Comunitaria y el psicoanálisis. Estas líneas terapéuticas en tensión fueron utilizadas al mismo tiempo. Se buscará analizar entonces cómo convivieron estas formas tan disímiles de tratar la enfermedad mental en la misma institución, los problemas que esta coexistencia pudo haber traído aparejados y las consecuencias de la presencia de diversos paradigmas en la Institución en relación con la salud mental.

Mediante el análisis de la experiencia de las comunidades terapéuticas, el objetivo de este trabajo es realizar una mirada cruzada entre realidades ideológicas y culturales que acontecían en el país con las modificaciones teóricas y prácticas que se presentaban en el campo de la salud mental. Como se analizará, en el marco del proyecto piloto de las comunidades terapéuticas del Hospital José Esteves se plasmaron actos de antisemitismo y persecución política hacia los trabajadores de la salud, así como la falta de comprensión de conceptos terapéuticos por parte de las autoridades de la Institución, considerados expresiones políticas con un marcado tono comunista.

Asimismo, se buscará mostrar cómo se pusieron en cuestión algunas “verdades” vinculadas con la salud mental dentro de la Institución hospitalaria: por una parte, el lugar del “loco” para la sociedad, a quien se le intentó quitar el estigma social³ mediante nuevos dispositivos de salud mental (8). Por otra parte, el modo de trabajo entre agentes de salud que intentaron llevar adelante una propuesta más horizontal e inclusiva de diversas disciplinas, como la Psicología, la Terapia Ocupacional, el psicoanálisis y la asistencia social.

³ Para Goffman, la persona con estigma no es considerada del todo humana, es diferenciada y discriminada.

En este trabajo se adopta la perspectiva de la historia de las prácticas. De este modo, se cruzará el discurso de la Psiquiatría junto con los proyectos terapéuticos presentados en el campo de la salud mental y el modo en que estos se llevaron a cabo en la realidad cotidiana de la Institución hospitalaria, es decir, más que estar interesados en el discurso médico hegemónico entendido desde los constructos teóricos del biopoder, el disciplinamiento y el control social⁴, concierne encontrar las líneas de fuga de estas teorías y las realidades concretas (viciadas por la burocracia, por las limitaciones materiales y por la falta de personal), que no siempre respondieron a los supuestos teóricos y que hicieron que muchas de las propuestas no se materializaran o que lo hicieran con características muy distintas (9-13). El proceso de identificar al “loco”, separarlo del resto de la población y “curarlo”, se definía cotidianamente a partir de múltiples discursos (políticos, científicos, jurídicos, periodísticos, sociales). La relación entre estos discursos y el grado de influencia mutua varió según cada época (14)⁵.

Las fuentes principales serán las historias clínicas de las pacientes admitidas entre 1960 y 1979 en el Hospital José Esteves, las cuales forman parte de un acervo de fuentes nunca antes trabajado en el país en esta cantidad. Se trata de un archivo de 4.058 historias clínicas del Hospital José Esteves de Lomas de Zamora, de pacientes que ingresaron entre 1897 y 1987 y que fallecieron en la Institución. Este archivo se encuentra en el Departamento Intermedio del Archivo General de la Nación y son fuentes que contienen abundante información, la ma-

yor parte manuscrita y que no cuenta con una organización interna clara. Por tratarse de historias clínicas personales es necesario mantener la confidencialidad de dicha información. Para este trabajo se analizaron todas las historias clínicas del período y se trabajó con 193 casos en los que se analizó si a estas pacientes se les practicaron terapias de choques (eléctricos, insulínicos, cardiozólicos), terapia farmacológica y entrevista psicológica. También se considera la presencia de psicoterapias o laborterapias y la participación en talleres recreativos. En el estudio de los casos se tuvo presente cuáles fueron los trabajadores de la salud que figuran en las historias clínicas. Si bien se reconoce que tales historias son un recorte de una realidad histórica que existió y a la que nunca se analizará en su totalidad, se considera que son una puerta de entrada al mundo de algunas prácticas. Este acervo documental se pondrá en diálogo con numerosas publicaciones que recogieron las opiniones de los protagonistas durante el proceso de cierre y clausura del centro piloto desde fines de la década del sesenta hasta mediados de la década del setenta.

Las prácticas psiquiátricas “de siempre”

En las décadas del sesenta y setenta, el campo de la Psiquiatría argentina representaba un crisol de actores y de orientaciones y se encontraba al mismo tiempo la pervivencia de técnicas utilizadas ya por varias décadas en ciertos segmentos profesionales, mientras que en otros se introducían innovaciones teóricas y terapéuticas.

En el caso del Hospital José Esteves convivieron prácticas psiquiátricas que respondían a una línea que se venía siguiendo en la institución —terapias de choques y psicofármacos— con elementos terapéuticos y teóricos del psicoanálisis y la Psicología Comunitaria. Aunque esta última experiencia fue acotada y solo se desarrolló en uno de los quince pabe-

⁴ Los trabajos que hicieron hincapié en estos marcos teóricos se basaron principalmente en las lecturas de Michel Foucault y Robert Castel.

⁵ Esta última idea fue pensada sobre la base de una descripción que realiza Lila Caimari sobre el “delincuente” y en la que se halla puntos de contacto con nuestra temática.

lones del hospital, se piensa que la propuesta de trabajo de las comunidades terapéuticas allí pudo haber sido una influencia importante para el resto de la Institución, ya que algunas de las actividades que se realizaban estaban dirigidas a todo el hospital y porque la presencia de las comunidades terapéuticas tuvo gran impacto para toda la comunidad.

Este Hospital fue una institución destinada mayormente a mujeres, con un 1% de población masculina y de una edad promedio de 55 años. La población hospitalaria era, por lo general, de bajos recursos y sus patologías eran diversas; las más comunes eran los cuadros de alcoholismo, psicosis, oligofrenia, sífilis y demencia senil, entre otras. La mayor parte de las pacientes habitaron la institución por décadas, uno de los puntos fuertes que la experiencia piloto intentó resolver. En efecto, es común encontrar historias clínicas de pacientes que ingresaban con cierta desorientación, pero sin un cuadro psiquiátrico grave, que empeoraba a los pocos meses. Estas pacientes desmejoraban cada vez más hasta convertirse en pacientes crónicas graves (15).

Se llevaban a cabo algunas prácticas que servían como métodos de control de las pacientes, es decir, formaron parte de las prácticas psiquiátricas, aunque no se consideran un tratamiento terapéutico en sí. El uso del chaleco de fuerza, por ejemplo, estuvo presente sobre todo en situaciones de violencia por parte de las pacientes, ya fuera con sus compañeras, con enfermeras, con otros profesionales o contra sí mismas. Otra práctica muy utilizada fue la aplicación de ampollas de leche, que se les inyectaban generalmente en las piernas. Estas ampollas generaban fiebre, edemas e incapacidad para moverse, lo que las obligaba a mantenerse en reposo. Estas prácticas eran desarrolladas en muchas ocasiones por las enfermeras y el personal del hospital más que por los médicos

mismos. Durante el período estudiado también se practicaba la laborterapia (presente desde la década del treinta), las terapias de choques y farmacológicas (desde la década del cincuenta).

Al parecer, la laborterapia era un recurso muy utilizado en la Institución, puesto que aparece en un gran número de historias clínicas la relación de la paciente con algún tipo de trabajo; la mayoría en lavandería y costura. Quienes participaban en los trabajos del hospital eran las pacientes que tenían una mayor capacidad de vinculación con los demás y las consideradas como más "estables". Ahora bien, es preciso preguntarse si la laborterapia era una causa de esta estabilidad o si a estas pacientes, por estar estabilizadas, se las inducía a trabajar. Al respecto, se tiene reservas sobre las finalidades terapéuticas del trabajo en el hospital, ya que su descripción lleva a pensar que se trataba del uso de las pacientes como mano de obra. Esta observación se refuerza si se considera que gran parte de la población de pacientes estaban institucionalizadas por no gozar de las condiciones necesarias para dejar el hospital (por ejemplo, aquellas que no contaban con un ámbito familiar apto para ser dadas de alta, más allá de estar en condiciones psíquicas favorables según los informes médicos).

En lo que se refiere a las terapéuticas de choques, eran prácticas cotidianas en el hospital la utilización de comas insulínicos, cardiozólicos y eléctricos desde la década del cincuenta. Esta última terapia se aplicaba, por lo general, con una frecuencia de día por medio durante un período de tiempo que variaba entre los 45 y los 90 días, con diferentes voltajes según la paciente. A algunas se les aplicaba en varias ocasiones a lo largo de su internación. Las historias clínicas, más allá de describir que las pacientes se tranquilizaban posteriormente a las sesiones, no muestran resultados satisfactorios, ya que no señalan evolución alguna en relación con

sus síntomas ni con su diagnóstico. Ciertas historias clínicas describen fugas o intentos de fuga de las pacientes durante el tratamiento y la insistencia de familiares y de la Institución en reincorporarlas al proceso de electrochoques. Por su parte, los comas insulínicos aparecen en las historias clínicas de forma aislada. Tanto el uso de este último como de electrochoques eran aplicados sin una explicación terapéutica o teórica explícita en las historias clínicas. Los tratamientos no eran excluyentes para algunos cuadros psiquiátricos; más bien respondían a las ideas hegemónicas sobre las enfermedades mentales que se presentaban. Si bien en los casos que se trabajaron para este período el número de pacientes que recibieron terapia de choques no es mayoritario, se considera representativo para describir una terapia psiquiátrica aplicada con regularidad. Las terapias de choques se utilizaban para una gran variedad de diagnósticos e incluso para pacientes sin un diagnóstico definido. Con estas terapias se trataba el psiquismo de las pacientes, pero al mismo tiempo se hacía una intervención en su cuerpo. Estos tratamientos implicaban una combinación de búsqueda de “cura” ante la patología psiquiátrica y una forma de control y disciplina, ya que eran intervenciones que, dado su fuerte impacto físico, calmaban a las pacientes (16). Como se verá, estas líneas teóricas psiquiátricas que sostenían el uso de choques fueron parte de la tensión que existió con las nuevas ideas plasmadas para la salud mental de aquellos que impulsaron el proyecto de comunidades terapéuticas.

El electrochoque se combinaba con la administración de psicofármacos, que era el tratamiento más frecuente en las décadas del sesenta y setenta: muchas pacientes recibían, como única terapia, la farmacológica. Hay muchas historias clínicas de pacientes respecto a quienes no se describe un diagnóstico, pero a las que

sin embargo se les aplicaban psicofármacos. Por medio de estas descripciones puede entreverse que las pacientes estaban sedadas continuamente durante su internación, en muchos casos por décadas, hasta su muerte. Al respecto, no se encontró una fundamentación sobre la decisión de medicar ni tampoco se identificaron seguimientos serios sobre la medicación suministrada a las pacientes.

Hasta mediados del siglo XX, el lugar de la disciplina psiquiátrica fue periférico en el campo médico en relación con las restantes especialidades. Con el uso de medicamentos desde la década del cincuenta, la práctica psiquiátrica comenzó a equipararse con las restantes especialidades médicas. A su vez, la inclusión institucional de los psiquiatras como agentes de salud —con un saber específico en el ámbito de la salud mental— permitió ocupar un lugar de prestigio y reconocimiento entre sus pares.

Por su parte, después de realizar su diagnóstico los profesionales médicos eran quienes tomaban todas las decisiones respecto de las pacientes, ya fuera en lo referido a la terapéutica clínica, psiquiátrica y farmacológica que se aplicaría y, luego de evaluar las condiciones de su evolución, decidían también darles o no el alta. Cualquier disposición que se tomara respecto a la paciente requería el aval médico. En las décadas del sesenta y setenta, las nuevas concepciones sobre salud destacaban las cuestiones psíquicas, vinculares y socioeconómicas. A diferencia de décadas anteriores, cuando la mirada estaba puesta en características físicas, herencias genéticas y problemas congénitos, en este período tomaron relevancia las vinculaciones familiares de las pacientes, el entorno del que procedían, sus condiciones de subsistencia y las consecuencias psíquicas de todos estos factores. Este hecho propició el ingreso de otros profesionales a los hospitales públicos como psicólogos, psicoanalistas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

Así, la participación de todos estos profesionales de la salud se generalizó desde mediados de la década del sesenta. Su labor se concretó, en primer término, cuando empezaron a redactarse fichas psicológicas e historias sociales de las pacientes. A esto se sumó la planificación de actividades recreativas o trabajos terapéuticos grupales para las cuales se tenían en cuenta las posibilidades de las pacientes. Para los psiquiatras fue preciso diferenciarse de estos profesionales y resaltaron su lugar de médicos y el poder de curación que la Medicina como ciencia les brindaba. El ingreso de estos nuevos profesionales en salud mental en ámbitos públicos como el Hospital José Esteves (sobre todo desde la década del sesenta) marcó un cuestionamiento a las prácticas psiquiátricas que se venían desarrollando, al poder de los psiquiatras como únicos dueños del arte de curar y a la idea de salud vigente hasta ese momento, lo que pudo generar resistencia entre aquellos profesionales más ortodoxos.

Dentro de estas nuevas terapéuticas hubo prácticas psicológicas importantes, especialmente en instancias diagnósticas. Se realizaban pruebas psicológicas y se generaban espacios de discusión mediante diferentes disparadores, por ejemplo, la lectura de diarios. Además, se realizaban actividades en manos de otros profesionales, como talleres de musicoterapia y hubo un gran desarrollo de terapias ocupacionales (17)⁶.

Las innovaciones: el proyecto piloto de comunidades terapéuticas

A finales de la década del sesenta se pusieron en práctica comunidades terapéuticas en el Hospital José Esteves de Lomas de Zamora, que se sumaron a otras experiencias de este tipo im-

plementadas en diversos hospitales de la provincia de Buenos Aires y del resto del país (18).

Las comunidades terapéuticas comenzaron a implementarse en el país en un contexto mundial en el que se cuestionaba a la Psiquiatría, tanto en relación con sus teorías y posicionamientos ideológicos como respecto a sus terapéuticas. En distintas partes del mundo tuvieron lugar movimientos de críticas y nuevos modos de entender esta disciplina, como la Psiquiatría democrática italiana, los movimientos comunitarios de Estados Unidos y Canadá y la reforma psiquiátrica española. La muestra más fuerte de este proceso fue el desarrollo de la antipsiquiatría británica (19-25)⁷. Se cuestionaba la violencia de las instituciones hospitalarias, la falta de libertad de los pacientes y la postura ideológica de los psiquiatras que se reflejaba en el proceso diagnóstico y nosográfico, entre otras cosas. Este fenómeno que atravesó la Psiquiatría se enmarcó en una crisis cultural, ideológica y social que se gestó luego de la II Guerra Mundial.

A escala nacional, el antecedente más importante de las comunidades terapéuticas fue la experiencia del Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico Hospital Doctor Gregorio Aráoz Alfaro u Hospital Interzonal de Agudos Evita, conocido como "El Lanús", bajo la dirección del psiquiatra Mauricio Goldemberg desde 1956. En este servicio se proponía el trabajo en equipos interdisciplinarios (enfermeros, psicólogos, médicos y asistentes sociales), se trabajaba con los pacientes de manera individual y grupal, se utilizaban tratamientos biológicos y psicoterapéuticos, se hacían terapias breves y terapias apoyadas en nociones psicoanalíticas, se realizaban programas de

⁶ Las psicoterapias eran combinadas con otros procedimientos, por lo general con las entrevistas psicológicas y terapias farmacológicas.

⁷ El término "antipsiquiatría" surgió de un texto de David Cooper en el que cuenta una experiencia en un hospital psiquiátrico de Londres, la expresión con posterioridad fue utilizada para hablar de todo el período en distintas partes del mundo.

actualización profesional y se hacía trabajo de hospital de día. Este espacio —y quienes trabajaron en él— mostraron un nuevo modo de entender tanto a la enfermedad mental como a la terapéutica psiquiátrica en el país, marcada por una preocupación integral por la salud del paciente (26).

El propósito fundamental de la creación de las comunidades terapéuticas fue realizar una experiencia psiquiátrica diferente, apoyada en la Psicología Comunitaria, con el objeto de transformar el hospital y coordinar el servicio psicológico y psiquiátrico⁸. El centro piloto se desarrolló en un marco de privilegio en lo referente al número de profesionales por paciente y en la admisión de aquellos con los que era posible trabajar. En él se inició el trabajo con 68 camas y 74 agentes de salud, cuando en total había en el hospital 2.091 camas y 338 agentes técnicos, es decir, para 3,25% de las camas, se contaba con 21,8% de los agentes de salud.

El equipo profesional contaba con médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, psicopedagogas y terapeutas ocupacionales. La propuesta era trabajar de manera conjunta, interdisciplinaria y en un marco de relaciones horizontales; se buscaba que no existieran jerarquías ni relaciones de poder entre los profesionales de la salud y que esto se reprodujera en el vínculo con los pacientes (27).

Apoyada sobre las nociones psicoanalíticas de grupo, por medio de esta experiencia piloto se buscaba reemplazar una estructura asilar clásica alienante por un foco terapéutico que permitiera una remisión sintomática precoz del

paciente. Las comunidades terapéuticas fueron una manera más de difusión del trabajo psicoanalítico, pues los profesionales que participaron de esta experiencia tenían esta formación teórica. Para que esta pudiera dar sus frutos, era preciso romper con viejos esquemas, sobre todo repensando la enfermedad mental, entendiendo al enfermo como un ser humano recuperable en la medida en que se le ofrecieran las posibilidades que necesitaba para hacerlo. Como ya mencionamos, otra línea teórica básica del centro piloto era la Psicología Comunitaria. Con ella se buscaba que los individuos fueran conscientes de sus derechos y decidieran en comunidad por medio de discusiones.

Sus protagonistas se apoyaban en las nociones teóricas de Maxwell Jones, quien había realizado experiencias de comunidades terapéuticas en Inglaterra (28-31). El psiquiatra inglés, que visitó dos veces Argentina durante la década del sesenta y brindó diversas conferencias, afirmaba que la participación de los pacientes en la vida comunitaria era fundamental para su potencial resocialización y cura. Para tal fin, utilizaba la “asamblea” como dispositivo central de su trabajo (4). Los profesionales del Hospital José Esteves sostenían que en él se realizaba por primera vez en Argentina la experiencia que Jones efectuaba en Inglaterra.

En el centro piloto se pasó de una asistencia basada en la cama a otra basada en la participación, buscando mediante las nuevas técnicas terapéuticas que las pacientes pudieran poner en expresión el hecho de estar internadas (32). El punto axial del trabajo era la asamblea; en este espacio, se pretendía una relación horizontal entre trabajadores de la salud y pacientes y en ella se discutían temas vinculados con la Institución. La coordinación de estas era rotativa y en algunas ocasiones la llevaban a cabo los mismos pacientes. Esta innovación terapéutica implicaba una gran distancia de la línea psiquiá-

⁸ No se hallaron historias clínicas específicas del pabellón donde se llevó a cabo la experiencia piloto de comunidades terapéuticas; la información que se tiene fue extraída de las fuentes periódicas y de algunos datos que se pudo inferir de las historias clínicas de los otros pabellones (como la participación de las pacientes en festivales, salidas recreativas, etcétera).

trica vigente en el Hospital, ya que marcó un corte de una relación de poder del médico sobre su paciente y sobre los demás trabajadores de la salud. Con su voz y voto, el espacio de la asamblea le daba al paciente un lugar de poder de expresión y decisión, lo que lo movía de un lugar de cosificación a otro más humanizado.

Por otra parte, las asambleas eran un espacio al que se invitaba a personalidades reconocidas de la Psiquiatría, como Mauricio Goldemberg y Fernando Ulloa y también del mundo artístico. Esto muestra que el proyecto piloto de dichas comunidades, además de ser una experiencia terapéutica, fue un movimiento cultural (33).

Asimismo, se trabajaba con grupos terapéuticos que funcionaban de acuerdo con los principios de la psicoterapia psicoanalítica de grupos, desde la línea de la psicoanalista inglesa Melanie Klein (33). El pabellón no tenía rejas y la puerta estaba siempre abierta, lo que marcaba que la permanencia en la Institución era una elección (34). Parte de la experiencia piloto era el hospital de día, lo que permitía otro tipo de trabajo y un enfoque sin internación permanente. La cuestión de la internación y la ocupación de camas a largo plazo por parte de los pacientes era una preocupación administrativa de los hospitales en relación con su presupuesto, y esta propuesta de consultorio externo —más allá de sus fines terapéuticos—, que implicaba reducir los días de internación, suponía a la vez una reducción de gastos para la Institución (35).

Se trabajó, además, con la comunidad por fuera del hospital con cursos de Psicología Comunitaria para maestras, padres, policías y asistentes sociales de la zona, a modo de psicología preventiva (36, 37). El trabajo preventivo indica que el campo de la salud mental empezó a ocuparse también del trabajo con el “sano”, demuestra que se manejaba la idea de que los problemas subjetivos podían encontrarse en to-

dos los espacios e implicaba levantar la barrera tan tajante entre el “sano” y el “enfermo”. Otra de las terapéuticas utilizadas fueron los paseos públicos, lo que permitió a muchos internos salir de la institución. Por último, se organizaban festivales, para lo cual se extendía la labor a todo el Hospital, ya que se pretendía que pacientes de otros pabellones participaran de ellos (36). Todas estas propuestas, además de tener una finalidad terapéutica, implicaron incorporar a los pacientes en el espacio público y le brindaron al “loco” una visibilidad por fuera de la Institución, como parte de una comunidad. Esto marca un corte simbólico y real con las miradas de la Psiquiatría que se seguían hasta el momento y con el lugar social del “loco” como aquel a quien se debía mantener escondido. Otra forma de darle visibilidad al paciente internado y romper con el estigma del “loco” fue por medio de la vestimenta; en los demás pabellones usaban camisones largos bordados con un número y el nombre del pabellón al que pertenecían; en la experiencia piloto los pacientes usaban ropa de calle, ya que se buscaba borrar las diferencias entre los profesionales y los pacientes. Por último, como corte más fuerte, desde el centro piloto se criticaba el uso de comas insulínicas, electrochoques, ampollas de leche y chalecos de fuerza, los cuales no fueron usados en este proyecto (38). Las iniciativas terapéuticas del pabellón que llevaba adelante el centro piloto generaban resistencia en los demás pabellones; los mecanismos de control que se utilizaban sobre los pacientes impidieron que muchos de estos obtuvieran beneficios terapéuticos del centro piloto. Este hecho es una muestra más de la tensión existente entre distintas maneras de entender el “arte de curar”.

La convivencia de estas prácticas psiquiátricas tan distintas entre sí, no solo se llevaba a cabo en el mismo Hospital, sino que eran avaladas por el marco institucional. Por esto

se considera importante marcar el recorrido institucional que tuvo el proyecto de las comunidades terapéuticas. El centro piloto contó con el apoyo de la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación, la Subsecretaría de la provincia de Buenos Aires y el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). El psiquiatra Wilbur Ricardo Grimson —quien se había desempeñado previamente como jefe de la División de Epidemiología Psiquiátrica del INSM, contaba con experiencia en Psicología Comunitaria y poseía una formación psicoanalítica— fue nombrado coordinador del centro piloto.

Sin embargo, en el segundo semestre de 1970 el Instituto Nacional de Salud Mental fue intervenido y puesto bajo la dirección provisional del doctor Agustín Héctor Badano. En el mismo año, Juan Ramón Rodríguez Leonardi se hizo cargo del Hospital José Esteves. Su primera medida fue desplazar a Grimson de su puesto. La doctora Lucila Edelman, quien se desempeñaba como coordinadora del área de Centro de Día, también fue desplazada. Ante esta situación, Grimson presentó su disconformidad, por lo que fue separado de su cargo para luego ser dejado definitivamente cesante, al igual que veinticinco profesionales de la salud (39,40). Estos despidos dan cuenta de las relaciones de poder que se vivían en la Institución y cómo los problemas políticos opacaban todo tipo de cuestión terapéutica o profesional, ya que se trataba más de luchas facciosas dentro de una institución que de proyectos de salud mental. La reacción tanto de la asamblea como del personal especializado fue oponerse a estas disposiciones. Este hecho generó un gran impacto en la opinión pública, que se plasmó en las numerosas críticas y cruces de acusaciones de índole política, terapéutica, moral y administrativa, dirigidas a las comunidades terapéuticas y a los profesionales a cargo aparecidas en la prensa gráfica.

La magnitud de estos acontecimientos y sus repercusiones permiten aproximarse a un universo de posturas en tensión, cuyo análisis ayuda a desentrañar los avatares de la implementación de prácticas con influencias psicoanalíticas en salud mental y que representaría una faceta más del avance de la Psiquiatría hacia una mayor heterogeneidad.

Contra una “infiltración comunista” y por una “sociedad normatizada”

En el proceso de cierre del centro piloto se generaron diversas críticas entre las autoridades del hospital y los profesionales de la salud que habían participado de la experiencia de las comunidades terapéuticas. Aunque estos reclamos fueron de diversos órdenes, se piensa que existió un trasfondo ideológico y religioso en ellos. En el contexto nacional, en julio de 1966 una junta militar destituyó al presidente radical Arturo Umberto Illia en lo que se denominó “Revolución Argentina”. En el transcurso de este Gobierno militar se sucedieron los presidentes Juan Carlos Onganía, Ricardo Levingston y Alejandro A. Lanusse. Durante este período las autoridades nacionales mantuvieron una lucha abierta contra la “infiltración comunista” y aplicaron una férrea persecución ideológica de los ciudadanos (sobre todo profesionales e intelectuales), basándose en los principios de la Doctrina de Seguridad Nacional, que era una doctrina militar aplicada en los países de América Latina, que surgió durante el conflicto entre Estados Unidos y la Unión Soviética. La finalidad era evitar el crecimiento del principal enemigo, el comunismo y la “subversión”. Este ataque también estaba dirigido a todo tipo de organización política partidaria, debido al “peligro” social que estos grupos implicaban (41-43). Hacia fines de la década del sesenta y durante la década del setenta, se produjo en Argentina una movi-

lización general, con una radicalización de la clase trabajadora y de los sectores medios de la sociedad en el ámbito político, pero más aún con una movilización general en todas las esferas de la vida social: en el movimiento estudiantil, en el movimiento obrero, en el seno de la Iglesia, en la vida familiar, en el lugar de la mujer en la vida doméstica y pública, en la forma de vivir la sexualidad y en la producción de conocimientos, entre tantas otras (44).

La cuestión ideológica se hizo presente en el cierre del centro piloto. En primer lugar, los interventores sostenían que el espacio de las asambleas era utilizado con una finalidad política y llegó a ubicárselo a Grimson como un "líder" que ejercía su influencia sobre los pacientes para convertirlos en comunistas (45). Las autoridades entendían el concepto de asamblea desde una perspectiva política y no en relación con el uso terapéutico de esta práctica, lo que permite pensar que el cierre del centro piloto tuvo causas más de carácter ideológico que terapéutico, es decir, el enfrentamiento fuerte era el político, ya que el planteo terapéutico era político en sí, pues marcaba la necesidad de dar libertad al paciente, de considerar su subjetividad, su corporalidad y sus deseos. Por lo tanto, las cuestiones terapéuticas fueron utilizadas para dar fuerza a estas críticas. Inclusive el uso de un concepto como "asamblea" debe haber generado molestias en las autoridades del Hospital, en un contexto en el que toda expresión o innovación era juzgada en clave política o ideológica y que, seguramente, fue considerada "izquierdista". De este modo, se considera que las autoridades del Hospital desconocían el significado que Jones le había dado al término "asamblea" en su teoría y homologaron el concepto con su uso político —como una forma de organización de los espacios de debate y tomas de decisiones— sin tener en cuenta la complejidad o los matices que podía tener.

En segundo lugar, las medidas tomadas en el Hospital José Esteves fueron entendidas, entre los sectores más progresistas de los profesionales de la salud, como un "nuevo caso de discriminación ideológica", ya que entre ellos se decía que esta decisión respondía a que la doctora Edelman había formado parte del Partido Comunista. También se mencionaba como una posible causa de separación que la doctora fuera judía (46). De acuerdo con el discurso del doctor Badano, la medida tomada respecto a la doctora Edelman no respondía a razones políticas o religiosas y le resultaba irrisoria la denuncia sobre sus supuestas intenciones en una disciplina como la Psiquiatría, en la que se desempeñaban gran cantidad de "hebreos" (38, 47). Como puede verse, la expresión misma del director provisional delata su marcado antisemitismo, al resaltar a los "hebreos" del resto de los médicos psiquiatras.

En esta declaración se observa una característica muy común del antisemitismo en el país, donde no fueron directamente las instituciones las que se declararon antisemitas (excepto durante algunos momentos políticos concretos), sino que existió una división y diferenciación implícita respecto de aquellas personas judías en diversos ámbitos académicos y laborales. El hecho de marcar la diferencia y de mencionar que había una gran número de judíos entre los psiquiatras es una muestra de discriminación; en el imaginario social antisemita siempre se pensó a la profesión médica y sobre todo a la psiquiátrica como una profesión de "judíos", ya que gran número de hijos de inmigrantes judíos nacidos en el país estudiaron carreras liberales. Esta idea genera una distancia innecesaria entre el resto de los médicos y aquellos médicos judíos con una cuestión personal que no se relaciona con cuestiones profesionales. Es simplemente un modo de estigmatización (48,49).

Por otra parte, durante esta época las autoridades nacionales buscaron normativizar a la sociedad argentina, aplicando la censura y los principios de “buena moral y costumbres” vinculados directamente con los preceptos del “catolicismo preconiliar” (50,51)⁹. En ese marco, también hubo denuncias de supuesta inmoralidad en el centro piloto, basadas en supuestas desviaciones sexuales de las empleadas, hasta en los métodos terapéuticos puestos en práctica por parte de los agentes técnicos. Por ejemplo, se denunció a profesionales por “excitar” a los pacientes en las clases de expresión corporal (45). Esta crítica muestra el rechazo que generaba la incorporación de nuevas técnicas corporales en los tratamientos psiquiátricos, pero principalmente los prejuicios alrededor del trabajo con el cuerpo y la incapacidad de integrar lo corporal del paciente, es decir, de entenderlo como un “todo” físico y psíquico.

También se acusó a los profesionales del proyecto de permitir el “libertinaje sexual”: en julio de 1969 fueron trasladados cien hombres del Hospital Borda al pabellón del Hospital José Esteves donde se llevaba adelante el proyecto de comunidades terapéuticas (recuérdese que se trataba de un hospital de mujeres), para cumplir los objetivos de integración de los pacientes a una realidad lo más cercana a la vida por fuera del mundo hospitalario. Sin embargo, se consideró que no se había preparado suficientemente ni a la Institución ni a los pacientes para esto, motivo por el cual había “estallado la promiscuidad”. Esta acusación fue desmentida tanto por los profesionales de la salud como por los familiares de los pacientes.

⁹ Fue una época en la cual se adoptaron medidas “moralistas” como perseguir cualquier manifestación sexual (se perseguían parejas en las plazas, se realizaban razias en hoteles alojamientos y se cerraban locales nocturnos), se prohibió el uso del pelo largo en hombres y las minifaldas en las mujeres en oficinas públicas.

Conclusiones

Se cree que las comunidades terapéuticas constituían una técnica de trabajo y debían ser entendidas como tales, es decir, el uso que podía hacerse de ellas dependía en buena medida de los profesionales que las pusieran en práctica. Por lo tanto, se piensa que no hubo una relación directa entre ideas políticas de izquierda y el dispositivo de las comunidades terapéuticas. Se considera que el desempeño profesional de los trabajadores de salud que participaron del proyecto de comunidades terapéuticas fue juzgado y castigado por las autoridades de la Institución y por parte de la prensa, no por el desempeño laboral en sí ni por los resultados terapéuticos de sus propuestas, sino por cuestiones personales de los profesionales, como su religión y su ideología, lo que dificulta llevar a cabo una evaluación consistente respecto a la utilidad de estas comunidades.

Al respecto se plantea, por una parte, que el hecho de acusar a los profesionales de comunistas y el gran revuelo que este hecho provocó en diversos medios de comunicación pudo haber resultado en una acusación/justificación de peso para estigmatizarlos y que esto significó, en definitiva, que muchos de ellos fueran perseguidos. Por otra parte, las comunidades terapéuticas marcaban una crítica a las prácticas psiquiátricas que se venían desarrollando, al poder de los psiquiatras y a la idea de salud vigente hasta el momento, lo que pudo haber generado resistencia entre los profesionales más ortodoxos. Por último, la búsqueda de las comunidades terapéuticas de incorporar experiencias colectivas de sociabilidad se tradujo erróneamente en actos emparentados con el “comunismo”.

La experiencia de estas comunidades implicó abrir una puerta en la Psiquiatría nacional e introducir la palabra y las relaciones interpersonales como herramientas terapéuticas. Se

considera que los profesionales en este contexto del cierre brusco del centro piloto se posicionaron ante la opinión pública como los abanderados del cambio en la salud mental, pero en realidad ya se estaban produciendo otros cambios en las instituciones hospitalarias como el ingreso de distintas profesiones vinculadas a la salud. Es por esto que a pesar de tratarse de una investigación sobre una institución particular se busca entender este hecho del centro piloto de comunidades terapéuticas no como una experiencia aislada, sino que se pretende —en futuras investigaciones— analizar la recepción de las nuevas corrientes psiquiátricas y del impacto del movimiento de la antipsiquiatría en Argentina y en América Latina.

Se considera que las bases de las comunidades terapéuticas abrieron una puerta en esta Institución para cuestionarse algunos aspectos humanos en relación con la salud mental. De este modo, se ponía en juego, por ejemplo, el concepto de libertad, ya que la elección de quedarse en la institución era de los pacientes. Al mismo tiempo, también fue cuestionada la relación de disciplina y cura que se sostenía con la puesta en práctica de algunos tratamientos, como las terapias de choques. Permitirse repensar las terapéuticas abre más la brecha existente entre las ideas hegemónicas en el campo de la Medicina frente a la salud mental y las prácticas cotidianas en las instituciones, es decir, por medio del centro piloto se plantea la posibilidad de pensar más allá de la letra escrita, cuáles fueron las consecuencias de los tratamientos y cuáles fueron las posturas ideológicas, sociales y culturales sobre las cuales se sostenían.

Asimismo, se destacan los avances que el centro piloto implicó para las prácticas psiquiá-

tricas en el Hospital y la importancia de la incorporación de la Psicología Comunitaria en el tratamiento de los pacientes. Además, se sostiene que a pesar de su corta existencia quizá las comunidades terapéuticas hayan generado una diferencia en toda la Institución. A la vez, se cree que en el Hospital José Esteves hubo profesionales interesados en generar cambios, aunque no hubieran trabajado en el pabellón donde se llevó adelante la experiencia de comunidades terapéuticas y que la Institución misma fue incorporando lentamente profesionales como psicólogos y trabajadores sociales y también tratamientos novedosos para la época, como pruebas psicológicas y entrevistas a familiares. En otras palabras, se pretende matizar la lógica dicotómica de “buenos y malos” a la hora de explicar la postura de los profesionales ante las prácticas psiquiátricas del hospital en este período, ya que las coyunturas políticas e institucionales pueden haber contribuido a sobredimensionar este episodio como quiebre paradigmático.

Por último, más allá de los cuestionamientos políticos y profesionales que surgieron alrededor de la experiencia piloto de las comunidades terapéuticas, es importante tener presente que este fue un proyecto avalado por diversas instituciones estatales. La acción misma de situar las terapias innovadoras por encima de las prácticas tradicionales implicaba toda una transformación profesional, pues se trataba nada menos que de la implantación de un nuevo paradigma en salud mental. Este cambio requirió, más que una suma de voluntades individuales, de una política estatal que miraba lo que sucedía en otros países como Inglaterra y que estaba dirigida a la transformación de la Psiquiatría y la internación en Argentina.

Agradecimientos

Se agradecen las valiosas contribuciones de los referatos anónimos.

Bibliografía

1. Plotkin M. The diffusion of psychoanalysis under conditions of political authoritarianism. The Case of Argentina 1960s and 1970s. En Damousi J, Plotkin M. (Eds.). *Psychoanalysis and politics. Histories of psychoanalysis under conditions of restricted political freedoms*. Nueva York: Oxford University Press; 2012. p. 185-207.
2. Ablard J. Authoritarianism, democracy and psychiatric reform in Argentine, 1943-83. *Hist Psychiatr* 2003; 14 (3): 361-76.
3. Ablard J. *Madness in Buenos Aires: Patients, psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*. Ohio: Ohio University Press; 2008.
4. Carpintero E, Vainer A. *Huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70*. Buenos Aires: Utopía; 2004.
5. Ginzburg C. Intervención sobre el paradigma indiciario. En: *Tentativas*. Rosario: Prehistoria Ediciones; 2004. p. 115-27.
6. Revel J. *Un momento historiográfico. Trece ensayos de historia social*. Buenos Aires: Manantial; 2005.
7. Bragoni B. *Microanálisis. Ensayos de historiografía argentina*. Buenos Aires: Prometeo; 2004.
8. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Nueva York: Simon & Schuster; 1963.
9. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. México D. F.: Siglo XXI; 1966.
10. Foucault M. *Vigilar y castigar*. México D. F.: Siglo XXI; 1966.
11. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México D. F.: FCE; 1976.
12. Foucault M. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México D. F.: Siglo XXI; 1977.
13. Castel R. *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*. Madrid: De La Piqueta; 1980.
14. Caimari L. *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880-1955*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2004.
15. Legajos No. 35, Historia Clínica No. 13.953; Legajo 1, Historias Clínicas No. 1149, No. 2698, No. 6042, No. 12031, No. 14132; Legajo No. 2, Historias Clínicas No. 2605, No. 3942, No. 4150, No. 5594; Legajo No. 6, Historias Clínicas No. 512, No. 484, No. 1619.
16. Braslow J. *Mental ills and bodily cures: psychiatric treatment in the first half of twentieth century*. California: University of California Press; 1959.
17. Legajos N° 114, Historia Clínica No. 10.993; Legajo 35, Historia Clínica No. 13.953; Legajo 57, Historia Clínica No. 11.877; Legajo 18, Historia Clínica No. 12.481.
18. Aclara los orígenes del conflicto el interventor del Hospital José Esteves. *Clarín*. 1971, enero 12. p. 21.
19. Basaglia F, Castel R. *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral; 1975.
20. Cooper D. *La muerte de la familia*. Buenos Aires: Paidós; 1971.
21. Cooper D. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós; 1971.
22. Jervis G. *Le mythe de l'antipsychiatrie*. París: Solin; 1977.
23. Laing RD. *Soi et les autres*. París: Gallimard; 1969.
24. Desviat M. *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor; 1994.
25. Desviat M. De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999, 19 (70): 325-35.
26. Visacovsky S. *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza; 2002.
27. Hubo un gran escándalo en el manicomio de Temperley por el caso de una médica, y el personal ocupó las instalaciones. *La Razón*. 1970, diciembre 23. p. 23

28. Jones M. *Social psychiatry; a study of Therapeutic Communities*. Londres: Tavistock; 1952.
29. Jones M. *The Therapeutic Community: a new treatment method in Psychiatry*. Nueva York: Basic Books; 1953.
30. Jones M. *Beyond the Therapeutic Community: Social learning and social psychiatry*. New Haven: Yale University Press; 1968.
31. Jones M. *Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Community*. Harmondsworth: Penguin Books; 1968.
32. Grimson W. La comunidad terapéutica y el hospital psiquiátrico. *Rev argent psicol* 1970 marzo; (3): 41-9.
33. Golcman A. Médica trabajadora en comunidades terapéuticas. [Grabación en audio]. 2012, julio 3.
34. Los locos son ustedes. *Revista Panorama*. 1971, mayo 5. p. 32.
35. Ramacciotti K. *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos; 2009.
36. Origina un conflicto la separación de 2 médicos. Piden la reposición sus colegas de un hospital de Lomas de Zamora. *La Nación*. 1970, diciembre 27. p. 17.
37. Psiquiatría. La comunidad alborotada. *Revista Confirmado*. 1971, enero 6. p. 36.
38. Si sigue el centro piloto, me salvo. *Revista Panorama*. 1971, enero 5. p. 33.
39. Aclararon aspectos del conflicto imperante en el hospital neuropsiquiátrico Esteves. *Clarín*. 1971, enero 12. p. 20.
40. Fue aplicada la ley de prescindibilidad a unos 25 profesionales del Hospital Esteves. *La Prensa*. 1971, enero 6. p. 23.
41. Altamirano C. *Bajo el signo de las masas (1943-1973)*. Buenos Aires: Emecé; 2007.
42. Tcach C. Golpes, proscripciones y partidos políticos. En: James D. (Dir.) *Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*. Nueva Historia Argentina, Tomo IX. Buenos Aires: Sudamericana; 2003. p. 17-62.
43. López E. *Seguridad nacional y sedición militar*. Buenos Aires: Legasa; 1987.
44. Andújar A, D'Antonio D, Gil F, Grammatico K, Rosa ML (Comps.) *De minifaldas, militancias y revoluciones. Exploraciones sobre los 70 en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Luxemburg; 2009.
45. La sombra del chaleco. *Revista Análisis* 1970-1971, diciembre 29-enero 4; (511): p. 18.
46. Salud mental. Posible macartismo. *Revista Análisis* 1970, diciembre 22-28; (510): p. 15.
47. Singular conflicto. Enfermos mentales resisten la destitución de dos médicos. *Crónica*. 1970, diciembre 23. p. 19.
48. Lvovich D. *Nacionalismo y antisemitismo en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones B; 2003.
49. Lvovich D. *El nacionalismo de derecha: desde sus orígenes a Tacuara*. Buenos Aires: Capital Intelectual; 2006.
50. Pujol S. Rebeldes y modernos. Una cultura de los jóvenes. En: James D. (Dir.) *Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*. Nueva Historia Argentina, Tomo IX. Buenos Aires: Sudamericana; 2003. p. 281-328.
51. De Riz L. *La política en suspenso. 1966-1976*. Historia Argentina, Tomo 8. Buenos Aires: Paidós; 2000.