

El movimiento de la higiene mental (fragmentos)*

Gerald Grob

La conmoción que tuvo lugar en el seno de la psiquiatría [norteamericana] durante el cambio de siglo, no sólo ayudó a reorientar conceptos básicos y promover un cambio institucional, sino que también sentó las bases para el surgimiento de lo que se conoce como el movimiento de la higiene mental. Naturalmente, el concepto de higiene mental era difuso y significaba distintas cosas para diferentes personas. Sin embargo, independientemente de su significado y de su importancia, reforzó el abismo creciente entre la psiquiatría y los hospitales psiquiátricos, al enfocar su atención en poblaciones y problemas no institucionales.

En un sentido superficial, el énfasis que se puso en la higiene mental a principios del siglo XX fue tan solo la continuación de la preocupación por la prevención en el siglo XIX. En realidad, no obstante, hubo diferencias fundamentales entre los conceptos de higiene mental y prevención. La higiene mental fue producto de modos “científicos” de pensamiento ligados al poder de ciertas organizaciones privadas y la autoridad pública. Las nociones de prevención del siglo XIX reflejaban una concepción del mundo basada en una tradición religiosa más antigua, que enfatizaba la ley natural, el libre albedrío y la responsabilidad individual. El contraste entre esos dos enfoques fue especialmente evidente en las carreras de los psiquiatras antes de la guerra y las de sus sucesores de principios del siglo XX. La prevención provino de una síntesis del protestantismo, la filosofía moral escocesa y la ciencia baconiana, y la literatura de la prevención pretendía iluminar la relación causal entre el comportamiento, por un lado, y las enfermedades mentales y físicas, por el otro. Sin embargo, se atribuía la responsabilidad por la prevención de la enfermedad a las elecciones hechas por individuos autónomos y libres: organizaciones gubernamentales y privadas educaban a las personas en lugar de disponer sus conductas.

En cambio, los higienistas mentales de principios del siglo XX tenían concepciones diferentes. Las enfermedades eran producto de deficiencias individuales, ambientales y hereditarias, y para erradicarlas había que combinar el conocimiento científico con medidas administrativas. Confiados en que poseían los conocimientos necesarios para prevenir y tratar la conducta patológica, los higienistas mentales se lanzaron a una gran cruzada para crear una sociedad mejor. El destino del pueblo norteamericano ya no debía quedar librado al azar o sujeto a las decisiones de individuos atomizados, sino que debía ser guiado intencionalmente en una dirección que favoreciera el bienestar y la felicidad de todos los ciudadanos.

Los psiquiatras, como miembros de una profesión que consideraban destinada a cumplir un papel cada vez más central en la creación de un nuevo orden social, empezaron a expandir su especialidad. A diferencia de sus predecesores del siglo XIX, muchos se habían formado en neurología, lo cual fortaleció sus lazos con la medicina. El énfasis en la investigación científica en lugar del cuidado y la custodia, en las enfermedades más que en los pacientes, en las alternativas a los hospitales psiquiátricos tradicionales, fueron sólo el comienzo. Más convincente fue la idea utópica de una sociedad estructurada para maximizar la salud y minimizar la enfermedad. En un discurso ante la Sociedad Neurológica de Nueva York, en vísperas de la entrada de Estados Unidos en la Primera Guerra Mundial, Thomas W. Salmon describió el futuro de la psiquiatría. En el pasado, el aislamiento de los pacientes en los hospitales psiquiátricos también había recaído sobre quienes estudiaban la enfermedad. Por otro lado, la nueva psiquiatría tenía que traspasar los muros institucionales y cumplir un papel crucial “en los grandes movimientos para el mejoramiento social”. Los psiquiatras ya no

* Fuente: Grob, G. (1987). The Mental Hygiene Movement. En *Mental Illness and American Society, 1875-1940* (capítulo 6, pp. 144-178). Princeton: Princeton University Press. Traducción: María Laura Moukarzel. Revisión: Hernán Scholten y Agustín Kripper.

podían limitar sus actividades y sus responsabilidades a las enfermedades mentales institucionalizadas. Por el contrario, tenían que abrirse camino en la investigación y formulación de políticas e implementar métodos en áreas como la higiene mental, el cuidado de los deficientes, la eugenesia, el control del alcoholismo, el manejo de niños anormales, el tratamiento de los criminales, y ayudar en la prevención del crimen, la prostitución y las adicciones.¹

En el cambio de siglo, el atractivo pero vago compromiso con la higiene mental asumió varias formas programáticas, incluyendo la creación del Comité Nacional de Higiene Mental, además de un movimiento favorable a la eugenesia. Aunque tenían características y objetivos diferentes, ilustraban la receptividad de los psiquiatras a nuevos roles sociales y una hostilidad hacia los modelos profesionales institucionales, al igual que una tendencia a emplear soluciones administrativas en el esfuerzo por prevenir la propagación de grupos como los locos y los retrasados.²

I

El concepto de prevención durante mucho tiempo había formado parte de la trama del pensamiento psiquiátrico. Sin embargo, su naturaleza amorfa y su contenido impreciso habían impedido relacionarlo claramente con el comportamiento específico de los individuos. Los consejos ofrecidos por los psiquiatras durante la mayor parte del siglo XIX estuvieron condicionados en gran parte por sus valores culturales y su posición social, así como por sus conceptos científicos. La prevención de la locura, escribía Henry P. Stearns en 1883, debía provenir principalmente “de la educación en el hogar y la vida escolar, y de la regulación de la conducta cotidiana en su relación con el cerebro; y como el sistema nervioso preside y controla el cuerpo y sus extremidades en el desempeño de sus funciones, comprender su acción fisiológica, por lo menos en cierto grado, es de gran importancia para todos”. Si las observaciones de Stearns eran típicas –y hay muchas razones para creer que lo eran–, es evidente que el pensamiento profiláctico de fines del siglo XIX difería poco de la literatura didáctica y moral de la época.³

Un cuarto de siglo después, en su discurso presidencial ante la Asociación Médico-Psicológica Norteamericana [AMPA],* Charles P. Bancroft se expresaba en términos similares. Observaba que la psiquiatría había hecho poco para explicar al público la génesis de las enfermedades mentales. “Ha llegado el momento –agregaba– de que debemos inculcar en consejos de salud la importancia de observar ciertas leyes de higiene mental en la escuela y el hogar; de que finalmente el médico clínico se familiarice tanto con los antecedentes de la locura que pueda usar su influencia para corregir y alejar de las malas tendencias que, sin modificaciones, probablemente conllevarían a la alienación”.⁴

Aunque el tono y el contenido de los comentarios de Bancroft eran tradicionales, el contexto social en el que hablaba estaba comenzando a cambiar y mezclaba antiguas generalidades sobre la prevención con nuevas consecuencias sociales. Entre los cambios más significativos, estuvo la creación de organizaciones voluntarias y fundaciones privadas dedicadas a la eliminación y prevención de enfermedades mediante la aplicación combinada de cambios ambientales y técnicas para modificar la conducta humana. Otro desarrollo de gran importancia fue la creación de organizaciones voluntarias, producto del apoyo financiero de fundaciones con recursos sin precedentes. Durante gran parte del siglo XIX, la responsabilidad por la resolución de los problemas sociales recayó en los gobiernos estatales y locales y, en menor medida, en ciertas sociedades voluntarias, relativamente pequeñas, respaldadas por la filantropía privada. Con el cambio de siglo, las fundaciones privadas –que

* [N. del T.] En 1892, la American Psychiatric Association (APA) cambió su nombre por el de American Medico-Psychological Association (AMPA) <http://www.psychiatry.org/about-apa--psychiatry/more-about-apa/history-of-the-apa>

incluían, entre otras, a las establecidas por Andrew Carnegie y John D. Rockefeller—comenzaron a asumir un papel político más importante. Su gran presencia sugería que los enfoques regionales o nacionales de los problemas sociales se volverían más comunes en el futuro. El gran impacto de estas organizaciones ocurrió en la ciencia y la medicina, donde el financiamiento tuvo una importancia fundamental para llevar el desarrollo institucional, la educación y la investigación en determinadas direcciones.

La transición de un concepto amorfo de prevención a un *movimiento* de higiene mental, constituye un estudio de caso ilustrativo. Cuando en 1880 se creó la Asociación Nacional para la Protección de los Insanos y la Prevención de la Insanía, faltaba una base financiera sólida. A pesar del título, la Asociación prácticamente no le prestó ninguna atención a la prevención y en poco tiempo dejó de existir. Por otro lado, la fundación del Comité Nacional de Higiene Mental [National Committee for Mental Hygiene, NCMH], en 1909, ocurrió en un escenario muy diferente. Su historia brinda un ejemplo de cómo los cambios estructurales pueden llenar viejos conceptos con nuevos significados, y cómo una organización y un movimiento pueden a su vez influenciar la vida de grupos dependientes como los enfermos mentales.

El NCMH está indisolublemente vinculado con la vida y carrera de Clifford W. Beers. Nacido en 1876, se graduó de la Escuela Científica Sheffield de Yale en 1897. Tras pasar por varios trabajos en la ciudad de Nueva York, tuvo un intento frustrado de suicidio que le provocó la rotura de varios huesos y otras heridas. Después de salir de un hospital general, su condición mental se deterioró. En agosto de 1900, su familia lo envió a Stamford Hall, una pequeña institución privada especializada en el tratamiento de trastornos nerviosos y mentales y de la adicción al opio y el alcohol. Luego de una estadía de ocho meses en Stamford Hall, Clifford Beers fue enviado al Hartford Retreat. Cuando su familia no pudo pagar más los altos costos de una institución privada, fue internado en el Hospital Mental de Connecticut. Beers fue dado de alta finalmente en septiembre de 1903. Para entonces, ya había pasado más de tres años en hospitales psiquiátricos. Posteriormente, sus desagradables experiencias hicieron creer que si esas instituciones querían cumplir con su misión terapéutica, era indispensable realizar cambios fundamentales en su estructura y su organización.⁵

A su regreso a Nueva York, fue contratado de nuevo por su antiguo empleador. Tras un desempeño aparentemente exitoso en el mundo de los negocios, se puso cada vez más eufórico y finalmente decidió escribir un libro que ayudaría a quienes lidiaban con la enfermedad mental. Su objetivo era nada menos que la creación de un movimiento para ayudar a “cientos de miles de hombres y mujeres”, mejorando las condiciones de los hospitales psiquiátricos. Lo que se necesitaba era una organización nacional apoyada por personas ricas. En última instancia, podría crearse dentro del gobierno federal un “Consejo de Salud y Bienestar” a nivel ministerial. El papel propio de Beers se hacía cada vez más claro: escribiría un libro con un impacto comparable al de *La cabaña del tío Tom* y, finalmente, se convertiría en “el hombre detrás del trono”.⁶

El estado eufórico de Beers fue tal que su hermano lo convenció de reingresar al Hartford Retreat, donde preparó un documento que finalmente serviría como base para su clásico libro *Una mente que se encontró a sí misma*. Después de un mes, fue dado de alta y volvió a trabajar. Pero su preocupación por la causa a la que dedicaría su vida fue tal que aceptó el consejo de Joseph Choate y comenzó a escribir su autobiografía. Su patrocinador más entusiasta fue el eminente filósofo y psicólogo William James, quien hasta su muerte en 1910 le proporcionó un apoyo moral y financiero que le fue indispensable. A principios de 1907, la firma de Longmans, Green & Company, accedió a publicar el libro. Sin embargo, Beers decidió enviar su manuscrito a algunos psiquiatras para recibir comentarios. Dado que el libro estaba indisolublemente ligado a la creación de una organización, no deseaba alejarse de un grupo cuyo apoyo consideraba crucial.⁷

[...]

Una mente que se encontró a sí misma, finalmente, fue publicado en 1908. A pesar de que otras personas ya habían realizado publicaciones sobre la vida en ese tipo de instituciones

antes que él, ninguna se acercó al impacto que tuvo la obra clásica de Beers. El libro, como precisaba Norman Dain, “combina el deseo de revelar, reformar e informar” sin negar nunca el hecho de que el autor había sido un enfermo mental. Las críticas tampoco estaban dirigidas contra los hospitales *per se*, sino que se centraban en el tratamiento, a veces insensible y ocasionalmente brutal, de los pacientes. Al enviar su trabajo a algunos psiquiatras y otras figuras prominentes, Beers también logró dotarlo de fiabilidad y sensibilidad, por lo que de ninguna manera podría considerárselo la obra de un testigo maniático o poco confiable. Redactado en un lenguaje elocuente, *Una mente que se encontró a si misma* fue un llamado a la acción para inaugurar un nuevo comienzo en la atención institucional y el tratamiento de los enfermos mentales.⁸

En la mente de Beers, escribir un libro era sólo el prelude a la formación de un movimiento nacional. En 1905, sus ideas eran vagas: quería una organización nacional abocada a mejorar las condiciones, pero que rechazara el “periodismo amarillo u otros medios sensacionalistas”. El mejoramiento de los hospitales psiquiátricos era sólo un elemento en un plan más amplio que incluía una mayor difusión de los conocimientos, así como la ayuda a las personas al borde de un colapso mental. En lo referido a la financiación, Beers confiaba en obtener el apoyo de filántropos ricos y conscientes de la importancia del movimiento. En 1907, Beers escribía sobre la necesidad de una “Sociedad Nacional para la Mejora de las Condiciones de los Insanos” que representaría tanto a los insanos institucionalizados como a los no institucionalizados, que promovería el establecimiento de hospitales modernos, que estimularía la investigación y formaría sociedades estatales subsidiarias, siguiendo el modelo de la Asociación Estatal de Ayuda Solidaria de Nueva York. Indudablemente, estaba de acuerdo con William James, quien criticaba la ignorancia del público y la complacencia de los psiquiatras. James sugirió que Beers y una sociedad nacional podían servir como “mediadores entre los funcionarios, los pacientes y la consciencia pública”.⁹

Teniendo en cuenta el desarrollo de su relación, era natural que Beers se dirigiera a Meyer para pedirle consejo.* La respuesta de Meyer fue alentadora: propuso la formación de una Sociedad de Higiene Mental “para mostrar a nuestro pueblo mejores formas de vida sana, para la prevención de problemas y para el manejo eficiente de lo que no puede prevenirse”. La sugerencia de Meyer de una organización dedicada a la “higiene mental”, en realidad introdujo un nuevo elemento: desvió el énfasis original de Beers en el mejoramiento institucional, dirigiéndolo hacia el objetivo más amorfo de promover la higiene mental. Pero, como la mayoría de sus colegas, Meyer nunca explicó claramente el contenido preciso de ese concepto.

[...]

La reorientación institucional hacia la promoción de la higiene mental significó un giro fundamental. Un movimiento para promover la salud sustituyó a otro preocupado por mejorar el cuidado y tratamiento de un grupo específico de pacientes. Que la prevención aportara una idea atractiva es comprensible. Para los psiquiatras, los conceptos sobre la higiene abrieron

* [N. del T.] Adolf Meyer (Suiza, 1866 – EE. UU., 1950) finalizó sus estudios de medicina en la Universidad de Zurich en 1892, habiéndose formado en psiquiatría con Auguste Forel y en neuropatología con Constantin von Monakow. Ese mismo año, emigró a los Estados Unidos y trabajó en varios centros académicos e instituciones hospitalarias. En 1902, fue designado director del Instituto Patológico del Hospital del estado de Nueva York, donde tomó forma gran parte de la psiquiatría americana de la época, haciendo hincapié en la importancia de mantener registros detallados de pacientes e introduciendo tanto el sistema clasificatorio de Emil Kraepelin como las ideas de Sigmund Freud. Tras desempeñarse como profesor de Psiquiatría en la Universidad de Cornell, trabajó en la Universidad Johns Hopkins entre 1910 y 1941. Allí también dirigió, desde su creación en 1913, la Clínica Psiquiátrica Henry Phipps, que formaba parte de un Hospital de agudos. Meyer no escribió ningún libro: fueron su prestigio y su labor docente, sobre todo en la Universidad Johns Hopkins, los que le permitieron ejercer una penetrante influencia en la psiquiatría americana. Fue elegido presidente de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en 1928 y sus principales contribuciones fueron a través de lo que denominaba “ergasiología” o psicobiología, términos con los que Meyer designaba un acercamiento a los pacientes psiquiátricos que considerara los factores biológicos, psicológicos y sociales relevantes de un caso.

nuevas perspectivas y desviaron la atención de su papel de custodia y su incapacidad de curar entidades patológicas difusas. Además, la prevención permitió acelerar la reintegración de la psiquiatría y la medicina, ya que proveyó a la primera de un manto de especialidad orientada a la biología y la puso en sintonía con otros movimientos médicos de prevención. Al trabajo social, una profesión emergente en busca de una identidad y de ponderación, el movimiento ofreció la esperanza de colaborar con los médicos en pie de una mayor igualdad: el objetivo no se limitaba al tratamiento de individuos, sino que también involucraba la promoción de determinados patrones de conducta dentro de las familias y en grupos sociales más amplios. El modo de organización era atractivo igualmente para una época en la que se ponía mucha fe en toda estructura formal que unificara la ciencia con la administración racional. En especial, el objetivo de la prevención parecía acertado para captar un amplio apoyo de un público cada vez más temeroso del aparente aumento de la sífilis y otras enfermedades venéreas, así como también de la alta incidencia del alcoholismo. En otras palabras, la higiene mental era tan amplia e inclusiva que despertó poca oposición.

Ya antes de colaborar con Meyer, Beers había comenzado a sentar las bases para crear un organismo nacional constituido por sociedades estatales.

[...]

Beers aceptó la sugerencia de George McAneny, un reformista de Nueva York y presidente del City Club, de cambiar el nombre de la organización a Comité Nacional de Higiene Mental, para de este modo seguir el modelo del Comité Nacional de Trabajo Infantil, que era el más exitoso.¹⁰

Durante el primer semestre de 1908, Beers comenzó a encontrar problemas importantes. Su propuesta a Rockefeller fue rechazada, su situación económica era una ruina y la esperanza de un cargo remunerado en la nueva organización era aún una posibilidad remota. Más aún, su relación con Meyer empezó a deteriorarse. Inicialmente, Meyer había apoyado el deseo que Beers tenía de crear un organismo nacional. Sin embargo, a principios de 1908, Meyer había concluido que tácticamente era más prudente limitar las actividades de la organización a un único estado donde un proyecto que demostrase su éxito sirviese de modelo a seguir para otros estados. Aunque no estaba totalmente convencido, Beers accedió a centralizar sus actividades en Connecticut, su estado natal. En abril, preparó un documento preliminar con motivo de la pronta creación de la Sociedad de Higiene Mental de Connecticut. Sus objetivos eran extraordinariamente inclusivos: la sociedad funcionaría como una agencia educativa dedicada a la mejora de las condiciones de vida de los locos y la protección de la salud mental de la comunidad; lucharía contra las constantes investigaciones legislativas y las reemplazaría con una “comisión de expertos” que prepararía un plan de reforma; propondría designar comisiones de seguimiento de los pacientes dados de alta; sugeriría legislar la administración de los hospitales privados, mejorando la calidad de los asistentes; y promovería la enseñanza de la psiquiatría en las escuelas de medicina. Pocos eran los problemas que el documento de Beers no trataba¹¹.

La reacción inicial de Meyer fue favorable, y en mayo de 1908 se organizó formalmente la Sociedad de Higiene Mental de Connecticut. Desde entonces, la relación entre ambos se deterioró rápidamente. Beers creía que, en el ámbito estatal, las sociedades de higiene mental debían estar organizadas y controladas por legos que pudiesen influir en la opinión pública e, indirectamente, presionar políticamente para obtener fondos estatales más generosos. Por otro lado, Meyer insistía en que los psiquiatras tenían que ser la fuerza dominante: Beers era un individuo cuyos talentos podían utilizarse efectivamente sólo bajo el control de los médicos.

[...]

Incapaz de detener el impulso de Beers, Meyer accedió finalmente, y el NCMH se organizó oficialmente en una reunión celebrada en Nueva York el 19 de febrero de 1909, a la que asistieron once personas eminentes. Se estableció una estructura organizacional formal, que incluía un Comité Ejecutivo presidido por Meyer y compuesto tanto por legos prominentes como por psiquiatras. Los objetivos declarados por la organización reflejaban las

opiniones de Beers: el NCMH protegería la salud mental de los ciudadanos, promovería la investigación y difusión de material referido a la etiología, el tratamiento y la prevención de enfermedades mentales, conseguiría la ayuda del gobierno federal y establecería sociedades estatales de higiene mental. Para alcanzar estas metas era necesario establecer programas de seguimiento, desarrollar modos eficaces de educación y crear una secretaría de salud pública dentro del gobierno federal. Preocupados por la financiación, los fundadores decidieron presentar una solicitud de fondos a John D. Rockefeller. Incluso en una época tan temprana, era evidente la falta de atención a los locos institucionalizados.¹²

En los tres años siguientes, el NCMH siguió siendo en gran parte una organización sólo en los papeles. Si la preocupación de Beers por la enfermedad mental institucionalizada hubiese sido constante, probablemente la organización habría sido capaz de trabajar en dirección a metas concretas.

[...]

La falta de un programa concreto no era en absoluto lo único que impedía el éxito de la organización. Los persistentes conflictos internos y los problemas financieros disminuyeron drásticamente la eficacia del NCMH.

[...]

Durante los dos primeros años de su existencia, el Comité no tuvo ingresos. A principios de 1911, Beers fue nombrado Secretario con un sueldo anual de US\$3.000. Hacia el final del año, Henry Phipps accedió a dar US\$50.000 al NCMH para encuestas y también ofreció una donación del mismo monto si conseguía de otras fuentes un adicional de US\$200.000. Phipps también le proporcionó a Beers fondos adicionales que le permitieron pagar la mayoría de sus deudas personales y ser solvente por primera vez en muchos años. Aunque las finanzas de la organización seguirían siendo un problema crónico y ocuparían buena parte del tiempo de Beers, por lo menos el NCMH pudo volcar su atención a asuntos más importantes.¹³

II

En 1912, el NCMH abrió algunas sedes permanentes en la ciudad de Nueva York. La organización también empleó a Thomas W. Salmon, a quien se le otorgó el título de Director de Estudios Especiales en lugar de Director Médico, porque los fondos con los que se pagaría su salario en ese entonces estaban limitados a dos años. Salmon era una persona cuya reputación superaba con creces sus logros. Nació en Troy (Nueva York) en 1876 y se graduó de la escuela de medicina en 1899. Tras fracasar en la práctica privada, ingresó en el Servicio de Salud Pública y poco después fue destinado a planear y realizar exámenes psiquiátricos a los inmigrantes en la Isla de Ellis. Impactado por lo que había visto, intentó persuadir al Servicio de Salud Pública a mejorar las condiciones físicas de los inmigrantes locos que aguardaban la deportación y propuso que los exámenes fuesen administrados en el extranjero para evitarles los largos viajes a quienes se les denegaría la admisión. También publicó varios artículos que criticaban la política de inmigración irrestricta en Estados Unidos, puesto que contribuía al aumento del número de pacientes extranjeros en los hospitales psiquiátricos. Su crítica al Servicio de Salud Pública le valió que lo suspendieran de sus deberes y al final fue transferido al Hospital de la Marina en Boston. En 1911, Salmon obtuvo un pedido de licencia para trabajar en la Comisión sobre la Insania del estado de Nueva York y al año siguiente lo extendió para unirse al NCMH.¹⁴

Los nombramientos formales de Salmon y Beers plantearon cuestiones urgentes sobre el rumbo futuro del NCMH. Los conflictos entre Beers y Meyer habían transformado las ideas del primero, sobre el mejoramiento de las condiciones en los hospitales mentales, en un objetivo más general y amorfo de promoción de la higiene mental. Sin embargo, el uso mismo del término traía problemas inquietantes. Dadas la vaguedad de la enfermedad psiquiátrica y la ausencia de una etiología clara y demostrable, ¿cómo se podía determinar qué medidas promovían la prevención de manera efectiva? Admitir semejantes dudas o reservas podía

socavar las pretensiones científicas de la psiquiatría y de las otras profesiones emergentes de la salud mental en un momento en el que la medicina y la ciencia parecían estar en ascenso. En consecuencia, el énfasis que se ponía en la prevención en general reflejaba valores sociales y culturales más que un corpus de datos empíricos. Aunque el alcoholismo y la sífilis eran excepciones a la regla, el NCMH nunca los consideró un foco central de las actividades de la organización. El liderazgo en el movimiento en contra del alcohol y la cruzada contra la prostitución fue cedido a otros grupos y organizaciones.¹⁵

En la búsqueda de una misión claramente definida, Beers, William L. Russell y August Hoch adoptaron una estrategia típica de la época progresista. El NCMH llevaría a cabo encuestas sobre las condiciones de los enfermos mentales, que a su vez podrían “estimular la actividad de la gente de los estados que han sido estudiados”. Ese trabajo también pondría al Comité “en una posición que le permitiese proporcionar asesoramiento experto y ayudar a formular planes para mejorar las condiciones de los locos en todo el país”. En ese momento, la encuesta social se había convertido en una de las principales armas de los progresistas. Realizadas por especialistas capacitados, dichas encuestas arrojarían luz sobre los problemas y proporcionarían prescripciones para la acción. La hipótesis subyacente era que un público inteligente e ilustrado aceptaría ser guiado por una intelectualidad racional y científica.

[...]

Sin embargo, antes de que el NCMH pudiese realizar las encuestas, tenía que obtener fuentes de financiamiento. A pesar del optimismo de Beers, la tarea resultó más difícil de lo previsto. El legado inicial de Phipps de US\$50.000 fue de ayuda, pero sus recursos eran limitados. Durante la primera década de su existencia, el NCMH dirigió una parte importante de sus energías a la recaudación de fondos. Entre 1911 y 1921, la organización enfrentó nada menos que tres crisis que amenazaron con poner fin a su propia existencia.

[...]

Las primeras encuestas patrocinadas por el NCMH fueron terminadas en 1915 y cubrieron Carolina del Sur, Texas, Tennessee y Pennsylvania. La mayoría de las encuestas se centraban directamente en las condiciones de los enfermos mentales institucionalizados. No es de extrañar que se tratara de tres estados del sur, pues había un acuerdo general de que la calidad de atención y tratamiento en esa región era considerablemente inferior a la de otros lugares.

[...]

Sin embargo, Salmon no estaba contento con que el Comité se limitara a hacer encuestas sobre los enfermos mentales institucionalizados. Su concepción de la psiquiatría trascendía el contexto institucional que durante tanto tiempo había sustentado la especialidad. En efecto, quería expandir las funciones de la psiquiatría para fusionarla con un amplio movimiento comprometido con la resolución de una serie de problemas sociales más que estrictamente médicos. Gran parte del trabajo del Comité Nacional, admitía Salmon en 1917, se vinculaba a la atención de los insanos institucionalizados, “pero eso no depende de nosotros”, añadía, si bien señalaba que el NCMH no podía ignorar el tético legado institucional del siglo XIX. A la vez que reflejaba un estado de ánimo confiado y efusivo, insistía en que el papel de la psiquiatría del siglo XX era extender sus fronteras para “centrar sus principales esfuerzos en las escuelas y las cárceles... y no en las instituciones para los llamados insanos”. Salmon también parecía condenar el hecho de que según sus palabras sólo hubiese 150 psiquiatras en todo el país. Sin embargo, este número no incluía a los “médicos comprometidos en el cuidado de los locos, sino... a los hombres que practican la ciencia de la psiquiatría”.¹⁶

Las observaciones de Salmon no eran meras habladurías. Por el contrario, él ya había comenzado a reorientar el NCMH en una nueva dirección. De las primeras encuestas realizadas bajo el auspicio del NCMH, no todas eran de carácter tradicional. En 1914, por ejemplo, el Comité patrocinó un estudio en Springfield, Illinois. Si bien se refería a las leyes sobre el encierro, la necesidad de salas de psiquiatría en los hospitales generales, el cuidado de las casas de beneficencia, el postratamiento y el hospital psiquiátrico del estado, la

investigación dedicó una idéntica cantidad de tiempo a los deficientes mentales y los alcohólicos. Dos años más tarde, Aaron J. Rosanoff supervisó un estudio exhaustivo de los trastornos mentales en el condado de Nassau (Nueva York). El cambio de énfasis fue profundo, ya que a Rosanoff y su equipo no les interesaba determinar el porcentaje de locos y débiles mentales en la población. En cambio, adoptaron deliberadamente una doble clasificación que buscó revelar el grado en el que las “inadaptaciones sociales” se correspondían con los trastornos mentales. Además de categorías médicas tradicionales, utilizaron muchas categorías “sociológicas”, como las de ausentismo escolar, inmoralidad sexual, vagancia, tendencia criminal, dependencia, adicción a las drogas e inadaptaciones domésticas. La conclusión del estudio fue sorprendente: la mayoría de los individuos que necesitaban tratamiento psiquiátrico no estaban en instituciones. Rosanoff y sus colegas solicitaron a los funcionarios estatales desarrollar “una política integral de higiene mental” con una estructura administrativa adecuada. Debido a “limitaciones arbitrarias” en la psiquiatría que se basaban “en viejas concepciones legales y académicas”, la mayoría de los estados tenían políticas arcaicas que se encontraban “muy por debajo de lo mejor que la sociedad moderna puede costear”. La línea divisora entre el hospital psiquiátrico y la comunidad, según lo dicho por Rosanoff a sus colegas de la AMPA en 1917, era artificial y dañina: el hospital estatal tenía que establecer un “vínculo estrecho con los problemas psiquiátricos que surgen en todo el distrito y poner a disposición de la comunidad consultas psiquiátricas y asesoramiento sin restricciones”.¹⁷

Casi al mismo tiempo, Herman M. Adler, jefe de personal del Hospital Psiquiátrico de Boston, aceptó realizar un estudio más exhaustivo del Estado de Cook (Illinois), donde el trabajo del Dr. William Healy con delincuentes juveniles ya había ampliado las fronteras tradicionales de la psiquiatría. Al enfocarse en una población heterogénea –que incluía delincuentes psicópatas, absentistas, niños vagabundos, prostitutas y alcohólicos–, Adler borró deliberadamente la línea divisoria entre la anormalidad mental y la salud mental. Los trastornos mentales, observaba, incluían “tanto los trastornos de la locura y la debilidad mental como los fracasos sociales”. Adler fue especialmente crítico del limitado enfoque institucional tradicional e instó a adoptar políticas que minimizaran el papel de los hospitales mentales y a poner el foco de los psiquiatras y los demás profesionales de la salud mental en la comunidad. Al planear cómo satisfacer las necesidades de la comunidad de hacer frente a los problemas mentales, recomendó que “el énfasis debe ponerse en la provisión para brindar la más alta calidad de servicio técnico y en restarle importancia a los factores institucionales y cuestiones edilicias”. La mayor parte del estudio se dedicó a los trastornos de los niños y adultos, y, en términos generales, se ignoró a los enfermos mentales institucionalizados.¹⁸

Antes de que los Estados Unidos entraran en la Primera Guerra Mundial, los esfuerzos del NCMH tendieron a dirigirse en gran medida a la mejora de las condiciones de los enfermos mentales institucionalizados. Además de las encuestas estatales, la organización publicó en 1912 una compilación de John Koren de todas las leyes estatales relacionadas con la locura y, cinco años después, publicó una edición actualizada y revisada. En 1917 y 1918, el NCMH trabajó con la AMPA para desarrollar un sistema unificado de informes estadísticos para los hospitales psiquiátricos con el fin de relevar datos que pudieran ser acumulados y comparados.¹⁹

Sin embargo, Salmon comenzó a redireccionar la organización en forma lenta pero segura. Beers demostró ser un seguidor bien dispuesto, tal vez por el sinsabor de su anterior colaboración con Meyer. Contra los deseos de quienes querían hacer hincapié en las encuestas y la recopilación de información, Beers luchó por la creación de una nueva revista para popularizar la causa. A pesar de la ira que habían despertado algunos de sus métodos, triunfó finalmente. El primer número de *Higiene Mental* apareció a comienzos de 1917, con el objetivo declarado de editar un material para un público culto pero general. “Es nuestra esperanza”, escribía el editor,

que la HIGIENE MENTAL pruebe ser útil en igual medida para el trabajador formado específicamente en psiquiatría o psicología, el médico dedicado a la medicina preventiva, el profesor que considera la educación como preparación para la vida, el magistrado preocupado no sólo por las consecuencias sino también por las causas previas del delito, el padre o la madre que busca conocer los mecanismos con los que se construye el carácter, y el estudiante de los problemas sociales deseoso de comprender el complejo tejido de la sociedad organizada a través del conocimiento de los factores que moldean la vida mental de los individuos de sexo masculino y femenino.²⁰

Con el regreso de Salmon del servicio militar al final de la guerra, el impulso hacia el exterior del NCMH se hizo aún más pronunciado. “Hay una oportunidad sin precedentes”, escribía Salmon, en un esfuerzo infructuoso por conseguir el apoyo financiero de la Fundación Rockefeller, “de convertirnos en un servicio constructivo que ayude a los estados a formular sus programas no sólo sobre la debilidad mental y la locura, sino sobre los factores mentales implicados en la delincuencia, la adicción, la prostitución y demás, y que, sobre todo, proporcione a las autoridades escolares la maquinaria necesaria para el reconocimiento y la satisfacción de las necesidades de los niños psicopáticos”. Cuando Stewart Paton criticó al NCMH por no haber integrado la biología con la psiquiatría, Salmon admitió que la organización no estaba comprometida con una investigación de laboratorio. Pero insistió en que la “la investigación social de la organización, como la manera en que la gente se comporta en las comunidades y la relación de ciertos factores mentales con este comportamiento, no debería ser descartada a la ligera llamándola ‘propaganda’”.²¹

Entre 1919 y 1922, Salmon contribuyó a alterar el carácter del NCMH y establecer una serie de programas relacionados con el trabajo a nivel comunitario.

[...]

En 1921, el NCMH obtuvo el apoyo del Fondo Commonwealth para crear una División para la Prevención de la Delincuencia. A su vez, la división fundó un número de clínicas psicopedagógicas como proyectos piloto. Estas clínicas constituyeron el principal impulso de las actividades del NCMH durante la década de 1920. Con el respaldo financiero de la Fundación Rockefeller, el Comité también estableció un programa de modestas becas para psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

La partida de Salmon en 1922 casi no produjo cambios: el NCMH no volvió a conferir una posición primordial a su objetivo inicial de mejorar las condiciones de los enfermos mentales institucionalizados.

[...]

Por supuesto, en teoría, el NCMH nunca tuvo que modificar o abandonar su compromiso con los enfermos mentales. Su colaboración con la AMPA para crear un sistema homogéneo de informes estadísticos para los hospitales psiquiátricos, resultó ser un éxito, y, a inicios de 1920, la Oficina del Censo de los Estados Unidos asumió la responsabilidad de todo el sistema, asegurando de este modo su continuidad. No obstante, en la práctica, la participación cada vez más profunda del comité en actividades no relacionadas directamente con enfermos mentales, redujo el papel que pudo haber jugado en la modificación de las políticas públicas sobre los enfermos mentales. El cambio de orientación se manifestó drásticamente en la índole de sus encuestas sobre higiene mental.

[...]

La transformación del NCMH se vio reflejada en la carrera posterior de Beers, que seguiría siendo su fuerza motriz durante los primeros quince años de su existencia. Es verdad que Beers dedicó gran parte de su tiempo a una búsqueda de fondos aparentemente interminable. Pero en la década de 1920, Beers dirigió sus energías a la creación de una organización internacional paralela al NCMH. En 1930, se realizó en Washington D.C. el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental. Los esfuerzos de Beers lograron reunir a más de 3.000 participantes de cuarenta y un naciones. Aunque varios psiquiatras y

psicoanalistas distinguidos asistieron a la conferencia, el impacto real del evento no fue tan claro. Durante la década de 1930, Beers se alejó aún más de las preocupaciones de su carrera temprana. Irónicamente, en 1939, cuando volvió a padecer de una enfermedad mental, fue internado en el Hospital Butler de Providence, y permaneció institucionalizado hasta su muerte en 1943, a los sesenta y siete años de edad.²²

[...]

Nadie se sorprendió cuando el NCMH optó por centrarse en problemas diferentes de los que planteaban los enfermos mentales institucionalizados. Tantos años de críticas a los hospitales mentales habían adquirido un valor muy alto, y la psiquiatría, como especialidad médica, tenía poco que ganar al identificarse con esas instituciones. Así como la psiquiatría del siglo XX comenzaba a mirar por fuera de las instituciones, también el NCMH, al igual que sociedades estatales y locales similares, buscaba expandir sus horizontes. La prevención fue una alternativa interesante, en parte debido a su gran atractivo, y en parte porque el tratamiento de la enfermedad mental ofrecía pocos incentivos. Aunque el NCMH había tenido una fuerte representación de los psiquiatras de hospital durante los primeros años, nunca constituyeron la fuerza motriz dentro de la organización, y cuando se retiraron fueron reemplazados por personas con inquietudes muy distintas. El énfasis en la psicopedagogía durante y después de la década de 1920, fue especialmente compatible con una sociedad más amplia y cada vez más fascinada por los problemas de la juventud y la prevención. Frankwood E. Williams incluso trató de redefinir la higiene mental identificándola con la sexualidad infantil y el desarrollo de la psique del niño. Durante la década de 1930, el NCMH dedicó una buena cantidad de energía a la educación psiquiátrica y a la creación de un consejo especializado. Por último, el concepto de prevención acompañó la maduración de un espíritu profesional en la psiquiatría: la prevención dio a los psiquiatras un papel importante tanto en la reconstrucción individual como social. Hacia 1930, no era raro escuchar afirmaciones sobre las importantes contribuciones a la industria y la educación que podría hacer la psiquiatría. En ese momento, la APA tenía una Sección de Problemas Sociales y, en 1939, un grupo de psiquiatras intentó organizar una Asociación para el Estudio Psiquiátrico de Asuntos Sociales.²³ Tanto los profesionales como los legos abrazaron un movimiento de higiene mental omnicompreensivo, e ignoraron o abandonaron implícitamente a los enfermos mentales institucionalizados.

III

El NCMH y sus sociedades estatales constitutivas representaron el aspecto relativamente prometedor y benigno del movimiento de la higiene mental. Quienes estaban asociados a él y a organizaciones similares, creían que la prevención era el camino más efectivo para lidiar con las enfermedades mentales, dada la naturaleza intratable de la enfermedad. Sin embargo, la higiene mental tenía otro aspecto muy diferente. Mientras muchos de sus partidarios conservaban la esperanza y anhelaban una época en que la ciencia encontrara una cura adecuada, otros tenían menos confianza. Ante el temor de que un supuesto aumento de la degeneración en general, y de la enfermedad en particular, amenazara el bienestar biológico del pueblo estadounidense, apoyaban una serie de medidas intervencionistas que incluían la regulación del matrimonio, la restricción de la inmigración y la esterilización involuntaria.

Aunque las medidas de intervención para limitar la propagación de los supuestos degenerados sólo llegaron a ser significativas después del cambio de siglo, sus antecedentes se remontan a varias décadas atrás. Durante gran parte del siglo XIX, abundaban el miedo y la hostilidad hacia las personas definidas como socialmente indeseables. En algunos casos, esta hostilidad tendía a dirigirse a minorías étnicas; en otros casos, el objeto de interés era una clase de individuos más vagamente definidos, cuyo carácter defectuoso se suponía que los reducía a un estado de dependencia. Sin embargo, el factor del miedo fue ocultado por un activismo optimista de base religiosa y de fe en que el deseo y voluntad de cada individuo

podían superar las imperfecciones del carácter. Una interpretación plástica de la herencia (que supuso que las características heredadas podían modificarse con cambios ambientales y transmitirse a las futuras generaciones) moderó la aversión social.

Por otra parte, después de 1880, comenzó a surgir un tono más pesimista. Se expresaban formulaciones cada vez más hereditaristas en una terminología más dura que rechazaba las soluciones ambientales y, en su lugar, las sustituía con medidas coercitivas. Aunque pocos aceptaban la distinción entre las características heredadas y las adquiridas, un pesimismo predominante llevó a muchos a concluir que los rasgos degenerados eran fijos e inmutables: lo que se requería eran soluciones que inhibieran su propagación al resto de la población. La creciente moda hereditarista obtuvo más adeptos aún, porque parecía estar redactada en una terminología científica que explicaba los fenómenos sociales y que servía, al mismo tiempo, de guía para la acción.

Durante las dos últimas décadas del siglo XIX, los factores del miedo y la esperanza, del optimismo y el pesimismo, empezaron a encontrar su expresión en un incipiente movimiento eugenésico. Al basar su accionar en la idea de que los rasgos hereditarios fijos determinaban el carácter, los eugenistas pretendían fomentar la multiplicación de los “aptos” y desalentar la propagación de los “no aptos”. Una versión particular de la biología darwiniana y una nueva interpretación de la raza –que reemplazó la herencia por la cultura como el elemento definitorio– ayudaron a racionalizar las proclamas de los eugenistas. En una sociedad cuyos cimientos parecían estar amenazados por las tensiones sociales vinculadas a la depresión económica, los conflictos de clase, los crecientes niveles de violencia y las organizaciones estructuradas burocráticamente cuyas actividades parecían subsumir los logros individuales, los eugenistas ofrecieron una explicación y una guía para la acción correctiva.²⁴

El temor de que los gobiernos extranjeros estuvieran usando a los Estados Unidos como un receptáculo de personas débiles, lisiadas y enfermas mentalmente, así como de criminales, fortaleció un creciente deseo de terminar con la inmigración irrestricta. El NCMH, que representaba a los consejos estatales de caridad y que, por lo general, incluía a algunos psiquiatras institucionales, tenía comités permanentes sobre la inmigración, los indigentes extranjeros y los criminales, y durante la década de 1880 apoyó la legislación para reducir la inmigración de esas personas a los Estados Unidos. En 1882, el Congreso aprobó uno de los primeros estatutos que limitaban la inmigración con un principio de selectividad. Entre sus disposiciones, se estipulaba que los convictos, locos, idiotas e individuos incapaces de valerse por sí mismos sin convertirse en una carga pública, quedarían excluidos, pero la deficiente aplicación de los procedimientos vició el propósito del estatuto.²⁵

Durante la década de 1890, los conceptos eugenésicos obtuvieron un apoyo más amplio. En 1896, Connecticut se convirtió en el primer estado en aprobar la legislación para regular el matrimonio con fines eugenésicos, y pronto lo siguieron otros estados. Muchas de estas primeras leyes prohibían el matrimonio entre locos. Sin embargo, los eugenistas reconocían que esas leyes sólo tenían un efecto limitado. Convencidos de que una mayor inactividad podría amenazar los propios fundamentos de la sociedad estadounidense, comenzaron a promover varias políticas, incluyendo una mayor segregación de los deficientes mentales, la restricción migratoria y la esterilización de los individuos defectuosos. La Liga de Restricción de la Inmigración, fundada en 1894 por un grupo de jóvenes de New England Brahmins, fue un presagio de lo que vendría. Esta organización reunía a personas de la elite intelectual, de la vida empresarial y académica, cuyas actividades reflejaban el predominio de conceptos eugenésicos y raciales.

Antes de 1921, las restricciones a la inmigración sólo obtuvieron victorias limitadas. No obstante, la inclinación a la acción siguió aumentando, impulsada por personas y organizaciones hostiles a la nueva inmigración de Europa del Sur y del Este, y promovida por una intelectualidad anglosajona con una afinidad creciente por los conceptos raciales. Aunque el éxito sólo llegaría después de la Primera Guerra Mundial, el movimiento contribuyó a difundir los conceptos eugenésicos.

Uno de los temas silenciados por los restriccionistas era que la inmigración cargaba con una desproporcionada responsabilidad por el aumento de la locura y de otras formas de degeneración que amenazaban el bienestar biológico del pueblo estadounidense. Sin embargo, tras el cambio de siglo, esta idea obtuvo bastante poco apoyo entre los involucrados en el cuidado de los enfermos mentales. Antes de ese momento, algunos funcionarios del Este – especialmente de Nueva York y Massachusetts (estados que tenían altas concentraciones de inmigrantes y sistemas hospitalarios bien desarrollados)– sugirieron que la restricción inmigratoria disminuiría la locura y la miseria. En 1914, en cambio, Spencer L. Dawes (un Inspector Especial de Locos Extranjeros de Nueva York) preparó un informe que utilizó valores etarios corregidos. Dawes evitó toda discusión sobre la relación entre la inmigración y la locura. En su lugar, recomendó que el gobierno federal asumiera la responsabilidad financiera por los locos extranjeros, puesto que, según los estatutos existentes, el gobierno nacional tenía jurisdicción sobre la admisión y deportación de extranjeros.²⁶

[...]

Después del 1900, el desarrollo de técnicas más sofisticadas de análisis estadístico puso en duda la idea de que los inmigrantes contribuyesen desproporcionadamente a las internaciones en los hospitales psiquiátricos. Cuando se analizó la población institucionalizada según la distribución etaria de toda la población nativa y extranjera, por ejemplo, la proporción relativa de inmigrantes en los hospitales disminuyó precipitadamente. La población hospitalaria estaba compuesta en su totalidad por individuos mayores de veinte años. Sin embargo, una amplia proporción de la población blanca nativa estaba por debajo de la edad de veinte años, mientras que una proporción mucho menor de inmigrantes tenía menos de veinte. El censo de 1910 mostró que la tasa de admisión al hospital psiquiátrico para los norteamericanos blancos nativos era del 57,9 (por cada 100.000), frente a los 116,3 para los blancos nacidos en el extranjero. Si se toma en cuenta la distribución de edad para cada grupo, el número correcto sería 91,2 para el primero y 123,3 para el segundo. “La diferencia de edad”, admitían los autores del censo, “probablemente supere cualquier otro factor que explique el contraste entre el blanco nativo y el blanco nacido en el extranjero con respecto al número proporcional de internaciones en los hospitales mentales”, y sugerían que las otras diferencias entre ambos grupos podrían explicarse por la distribución de género o la residencia urbana o rural. La validez de las estadísticas, que sugerían que los inmigrantes eran los responsables de la creciente incidencia de la enfermedad mental, enfrentaba retos cada vez más difíciles de parte de quienes empleaban valores etarios corregidos.²⁷

Entre 1909 y 1914, el AMPA, así como algunos de sus miembros, intentaron influir en los debates del Congreso sobre la inmigración. Sin embargo, su preocupación no era la restricción de la inmigración genérica, sino más bien una inspección de los inmigrantes más efectiva para determinar su cordura. Dado que la inmensa mayoría de los miembros estaban afiliados a instituciones estatales, su interés por el tema surgía del problema fiscal de mantener a los locos extranjeros con fondos públicos. En 1914, la Asociación adoptó una resolución que respaldaba un proyecto considerado en la Cámara de Representantes que estipulaba una más efectiva “detección, exclusión y deportación de los extranjeros con defectos físicos y mentales, y una mejora general del carácter de nuestra inmigración”. Dos años antes, la AMPA también había designado un Comité de Eugenesia Aplicada, pero su informe de 1913 se centraba en la herencia más que en la inmigración.²⁸

El debate sobre la restricción de la inmigración llevó finalmente a la aprobación de tres leyes importantes entre 1921 y 1927, que aplicaron un sistema de cuotas nacionales basadas en las distribuciones de la población previa. Estas leyes tenían por objeto limitar el número de inmigrantes así como reducir la proporción de Europa del Sur y del Este. El apoyo provino en gran medida de personas y organizaciones activas en el movimiento de la eugenesia o comprometidas con la interpretación racial de la cultura. Por otro lado, quienes estaban implicados en la enfermedad mental se preocupaban en gran parte por las cuestiones fiscales de los hospitales psiquiátricos y, en general, se relacionaban con conceptos raciales. Algunos

psiquiatras, incluyendo a Meyer, permitieron que sus nombres fueran utilizados por el Comité de Eugenesia de los Estados Unidos de América, una organización presidida por Irving Fisher, que incluía a prominentes teóricos raciales como Madison Grant. Pero cuando se le envió un informe del Comité de Inmigración Selectiva de la organización, Meyer respondió negativamente. ¿No sería más sensato, observaba, que tal informe “propusiera un reconocimiento más bien modesto de que gran parte del problema puede radicar, en nuestro país, en nuestra falta real de preparación para asimilar lo inusual”? El informe, según él, era poco honesto cuando sugería un regreso a las condiciones de 1890. “No servirá de mucho”, continuaba, “afirmar públicamente que tememos tener más católicos, hebreos, griegos y turcos de los que podemos manejar, cosa que, por supuesto, cualquier grupo de personas tiene derecho a decir”. “Todo esto”, concluía Meyer,

sólo lo digo para sugerir que una franca aceptación de lo que está detrás del informe sería un poco más digna y prometedora para mejorar nuestra comprensión, en lugar de dar visos de respaldo científico a asuntos que, después de todo, francamente, son demasiado humanos y no estrictamente científicos. Se podría decir, por ejemplo, que para dar respuesta a estos llamados indeseables, el sistema de requerimientos en su conjunto podría elevarse para todos.²⁹

IV

Las personas con un papel activo en la promoción de la causa de la restricción inmigratoria, estaban preocupadas principalmente por la amenaza representada supuestamente por una gran cantidad de individuos procedentes del Este y el Sur de Europa, que no compartían los rasgos raciales ni la cultura de los estadounidenses: los enfermos mentales tenían una significación meramente marginal. Por otro lado, quienes promovían la esterilización involuntaria, estaban decididos a prevenir que los enfermos mentales, los deficientes y la población criminal se reprodujesen, con el fin de prevenir la propagación generalizada de amenazas indeseables. La inspiración de este tipo de medidas preventivas, como la esterilización inicialmente, provino de la eugenesia moderna. En Inglaterra, Sir Francis Galton había establecido las bases de la eugenesia, al tratar de demostrar que las aptitudes humanas eran hereditarias y los rasgos hereditarios no estaban sujetos a las influencias ambientales. Galton también había desarrollado técnicas estadísticas (incluyendo el coeficiente de correlación) para demostrar que los hijos se aproximaban a la media más estrechamente que sus padres.³⁰

A comienzos de siglo, los eugenistas trataron utilizar la autoridad del Estado en beneficio de la teoría de la herencia. En particular, instaron a aprobar una legislación que impidiese la propagación de los grupos socialmente indeseables, para aumentar así la calidad del acervo genético de la nación. La salpingectomía (el corte y la ligadura de las trompas uterinas) y la vasectomía (el corte y la ligadura de los conductos deferentes con una hendidura en el escroto) fueron perfeccionadas en la década de 1890, posibilitando la esterilización sin tener que recurrir al procedimiento de la castración, mucho más drástico. La disponibilidad de procedimientos aparentemente simples y seguros, combinada con una visión pesimista de la herencia y una fe inquebrantable en la capacidad del ser humano para controlar su propio destino, ayudó a dar lugar a un movimiento eugenésico para mejorar el carácter biológico del pueblo estadounidense mediante la prevención de un mayor engendramiento de los grupos indeseables.

Las formulaciones hereditarias duras adquirieron formas programáticas durante la década de 1890, cuando un naciente movimiento eugenésico estaba en ciernes. Había quienes enfatizaban la educación, algunos promovían la aprobación de leyes de regulación matrimonial y otros fomentaban una segregación más efectiva de los no aptos biológicamente. No obstante, cada una de estas alternativas tenía sus desventajas: la educación no siempre producía los resultados esperados, las leyes de regulación matrimonial no impedían los contactos sexuales que pudieran resultar en un embarazo, y la segregación total era tan difícil

como costosa debido al número de individuos involucrados. Por otro lado, la esterilización permitía superar esos defectos: era económica, simple y relativamente segura, irreversible por naturaleza, y sus beneficios eran claros y directos. Para muchos activistas preocupados por el bienestar del pueblo estadounidense, los argumentos a favor de la esterilización eran convincentes: el daño a los individuos era mínimo y las ventajas para la sociedad eran enormes. Ciertamente, la esterilización no era incompatible con el énfasis del movimiento progresista en la reforma social antes de la Primera Guerra Mundial.³¹

[...]

Los eugenistas triunfaron finalmente en 1907, cuando Indiana aprobó una ley que disponía la esterilización obligatoria de los criminales confirmados, los idiotas, los imbéciles y los violadores en el caso de que un comité de expertos lo recomendara. En los diez años siguientes, otros quince estados promulgaron alguna forma de legislación similar. La mayoría de las leyes se aplicaron en enfermos mentales y otros grupos considerados biológicamente indeseables. En 1940, un total de treinta estados habían promulgado, en un momento u otro, estatutos que estipulaban la esterilización de individuos reclusos en instituciones estatales.³²

La ausencia de un movimiento nacional visible que promoviese la esterilización fue sorprendente. [...] Sin embargo, esa ausencia no impidió algunos éxitos significativos. De hecho, es probable que la naturaleza descentralizada del sistema político estadounidense haya facilitado la aprobación de las leyes de esterilización. En los estados que promulgaron una legislación, el principal impulso se debió a personas o grupos pequeños asociados con las instituciones públicas (hospitales psiquiátricos, escuelas para débiles mentales y cárceles), consejos estatales de caridad, organizaciones de atención privada o instituciones de educación superior, donde las doctrinas biológicas sancionaban científicamente el activismo político. El hecho de que las poblaciones institucionalizadas no estuvieran en posición de disentir, que no hubiera una oposición efectiva y que fuera innecesaria la formación de una coalición política nacional, contribuyó a la aprobación de esas leyes frente a la apatía e ignorancia del público general.³³

Entre 1907 y 1940, se esterilizó quirúrgicamente a un total de 18.552 enfermos mentales en hospitales estatales. El número no se distribuyó equitativamente entre los estados. [...] Más de la mitad de todas las esterilizaciones fueron llevadas a cabo sólo en el estado de California, que con Virginia y Kansas representaron casi las tres cuartas partes del total. Claramente, la experiencia con la esterilización fue una función del estado en el que los pacientes residían, y de las prácticas dentro de ese estado. Ni la población total del estado ni la distribución por edad ni cualquier otra variable aparente explica estas diferencias.³⁴

Entre los psiquiatras, no había un consenso claro sobre el sentido o la conveniencia de la esterilización. La mayoría compartía la creencia de que la herencia cumplía un papel en la etiología de la locura, pero su comprensión de la herencia tendía a ser versátil y general más que específica. En 1913, el tema surgió en las reuniones de la AMPA. El año anterior, Hubert Work, el presidente de la organización, había pronunciado un discurso que destacaba la necesidad de una “psiquiatría profiláctica” y favorecía la esterilización. Rápidamente, la organización estableció un Comité de Eugenesia Aplicada con Work como presidente. Al año siguiente, el comité emitió un informe que instaba a una combinación acertada de segregación y esterilización de los deficientes mentales. Esta última práctica, según se señalaba, no dañaba al individuo ni se imponía por razones retributivas. Los delegados aceptaron el informe sin que ello significara su aprobación o desaprobación, pero el debate mostró que muchos estaban dispuestos favorablemente.³⁵

El apoyo a la esterilización tendía a ser más fuerte entre los funcionarios de las agencias públicas de bienestar social. En muchos casos (pero no en todos), los superintendentes hospitalarios estaban a favor de ella.

[...]

Si bien la mayoría de los psiquiatras institucionales apoyaban los conceptos eugenésicos y como mínimo no discutían la esterilización, no faltó oposición. William A. White, cuya

influencia dentro de la especialidad probablemente igualaba a la de Meyer, se opuso inquebrantablemente. En un equilibrado estudio de 1913, “La Eugenesia y la Herencia en la Enfermedad Nerviosa y Mental”, White resumía las teorías existentes de la herencia. Advirtiendo la división entre los neolamarckianos y los neodarwinianos (los primeros aceptaban la herencia de los caracteres adquiridos, y los segundos la rechazaban), también distinguía entre las influencias hereditarias y las ambientales en el desarrollo del individuo. Al insistir en que el estado del conocimiento excluía el mandato estatal de esterilización, White se negaba a ratificar la legitimidad de esa práctica. En privado, sus opiniones eran aún más inflexibles.

[...]

Las opiniones de White representaban a pocos psiquiatras así como a otros que insistían en que la eugenesia se basaba en un extremismo no científico. La Comisión de Caridad del Estado de Illinois fue una de las pocas agencias del estado en llamar la atención sobre el extremismo de los defensores de la eugenesia, algunos de los cuales ponían en ridículo a una ciencia que merecía un mejor destino (aunque la comisión nunca se refirió específicamente a la esterilización). Abraham Myerson, cuyo influyente estudio sobre la herencia de las enfermedades mentales generó serias dudas acerca de la validez de los conceptos hereditarios en psiquiatría, se opuso a la esterilización porque la información disponible no justificaba su uso. Meyer fue un poco más cauteloso con sus opiniones, pero no estaba convencido de que la esterilización (que describió en una ocasión como “un mero acto de poder y fuerza”) fuese la panacea. Smith Ely Jelliffe dudaba de la validez de los conceptos eugenésicos en general, una opinión que repetía el distinguido biólogo Jacques Loeb. J. K. Hall, el psiquiatra del sur más influyente en las décadas de 1920 y 1930, también ridiculizó la proclama de los defensores de las esterilizaciones. “Tendría que considerarse algún método para prevenir las enfermedades humanas que fuese mejor que la esterilización”, concluía en un tono conciso y sarcástico. “Nunca podría haber otro diluvio si toda el agua se secase, ni otra insolación si el sol desapareciera. La esterilización del ser humano impide principalmente engendrar o concebir niños. La prevención de la enfermedad en un niño no concebido es algo casi inconcebible”.³⁶

En 1934, el carácter polémico de la esterilización llevó a la Asociación Neurológica Estadounidense [American Neurological Association, ANA] a designar un comité para realizar un estudio en profundidad: una beca de la Fundación Carnegie proporcionó ayuda financiera. Presidido por Abraham Myerson, el comité incluyó a otros tres médicos y un asesor genético. Un año después, la Asociación aceptó un informe preliminar y en 1936 la editorial Macmillan publicó una versión ampliada en forma de libro.³⁷

Myerson no era neutral: su oposición a la esterilización era un asunto de interés público. En el mismo momento de su nombramiento, había presentado un documento en la reunión de la Asociación que era muy crítico con Harry H. Laughlin, uno de los defensores de la esterilización más destacados. [...] Myerson insistía en que los neurólogos y los psiquiatras tenían la obligación de oponerse a una legislación como la defendida por Laughlin, ya que era una amenaza a la “libertad e individualismo”. Sin embargo, la oposición de Myerson no era incondicional, dado que apoyaba las “leyes de esterilización limitadas”.³⁸

Después de examinar la legislación existente y la relativa falta de cumplimiento en la mayoría de los estados, el comité de la ANA resumió los argumentos empleados por los partidarios de la esterilización. Rechazó concretamente la afirmación de que la locura y la debilidad mental hubieran aumentando y llamó la atención sobre algunos factores como la distribución por edad y otras variables demográficas, que a su vez daban lugar a poblaciones institucionales más amplias. Tras un examen de la literatura existente, el comité concluyó que “había poco trabajo con validez científica sobre el tema de la herencia de las enfermedades”. Sus miembros se opusieron firmemente a la esterilización involuntaria, pero apoyaron la esterilización voluntaria para determinadas enfermedades, “con el consentimiento del paciente o sus responsables”.³⁹

Antes de 1940, el debate sobre la esterilización rara vez se centró en cuestiones éticas o

morales. La Iglesia católica fue una excepción notable: oficialmente, se oponía a la esterilización involuntaria y voluntaria sobre la base de que ambas violaban la ley natural. Sin embargo, para la mayoría de los partidarios y detractores de la práctica, lo esencial era si el conocimiento científico sobre la herencia hacía que la esterilización fuera o no legítima. La autonomía y autoridad médica eran cosas dadas por sentadas. Para la inmensa mayoría de los psiquiatras, los pacientes cumplían un papel pasivo, porque carecían del conocimiento o el criterio para tomar una decisión médica o científica. Las creencias o comportamientos de los psiquiatras no eran exclusivos: las mismas actitudes caracterizaban a la profesión médica en su conjunto. Las preocupaciones morales y éticas sólo surgieron después de que se hiciera público el descubrimiento del uso de la esterilización en la Alemania nazi, y así se alterara el marco en el que tenía lugar el debate. Antes de 1940, la gente estaba muy poco dispuesta a cuestionar el grado en que la autoridad médica y científica debía estar limitada por las reflexiones éticas y morales. De hecho, un estudio sobre la esterilización realizado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en 1940 evitaba específicamente el análisis de cualquier otro tema que no fueran científico o legal.⁴⁰

V

Entre 1900 y 1940, un movimiento autoconsciente de higiene mental sustituyó a una vieja tradición prescriptiva y didáctica. El movimiento, de carácter amorfo, se basaba en la unión de la ciencia y el activismo social, y reflejaba una confianza generalizada en la capacidad del ser humano para prevenir enfermedades y otros males sociales. Los higienistas mentales tampoco limitaron sus actividades al problema de las enfermedades mentales: muchos trabajaban en la educación, la psicopedagogía y la modificación del comportamiento en general. De hecho, el énfasis en la prevención creció intensamente, ya que el acceso al financiamiento fue facilitado por nuevas fundaciones filantrópicas, que cumplían un papel cada vez más significativo en la sociedad estadounidense. En 1911, John D. Rockefeller ayudó a montar la Oficina de Higiene Social, que se incorporó dos años después y respaldó el estudio de la prostitución, las enfermedades venéreas, las mujeres delincuentes y la relación entre los problemas morales y el orden público. Esta oficina sólo fue una organización entre muchas similares, que compartían en mayor o menor medida la visión utópica de una sociedad en la que la enfermedad fuese la excepción más que la regla.

Para el enfermo mental institucionalizado, el movimiento de la higiene mental tuvo consecuencias no muy positivas. El NCMH, creado originalmente para mejorar la calidad de los hospitales, asumió otros papeles. Al hacerlo, involuntariamente ignoró los intereses de un grupo incapaz de hablar por sí mismo. Tampoco hubo una oposición significativa dentro del comité a las políticas que apartaban la mirada de quienes ya eran enfermos mentales. Muchos psiquiatras acogieron un papel que parecía mejorar su identidad profesional al enfatizar la prevención más que la atención. Irónicamente, los psiquiatras –quienes podrían haber cumplido un papel crucial en la creación de una mayor sensibilidad por el bienestar de los enfermos mentales institucionalizados– optaron, en su lugar, por perseguir otros fines.

¹ Thomas W. Salmon, "Some New Fields in Neurology and Psychiatry", *JNMD* 46 (1917): 90-99

² La higiene mental abarcaba una variedad de preocupaciones y actividades. No obstante, este capítulo se enfocará en los aspectos del movimiento que estaban vinculados a los enfermos mentales.

³ Henry P. Stearns, *Insanity: Its Causes and Prevention* (Nueva York, 1883), 238. Declaraciones similares aparecen en: *AJI* 33 (1876): 299-307; Nathan Allen, "The Prevention of Disease and Insanity", *NCCC Proc.* 5 (1878): 79-90; Ala. *Insane Hospital AR* 18 (1878):13-44; Mary Putnam Jacobi, "The Prophylaxis of Insanity", *Archives of Medicine* 6 (1881): 12-35; Charles F. Folsom, "The Prevention of Insanity", *American Public Health Assn. Public Health Reports and Papers* 7 (1881): 83-90; Walter Channing, "A Consideration of the Causes of Insanity", *Journal of Social Science* 18 (1884): 68-92; Jennie McCowen, "The Prevention of Insanity", *NCCC Proc.* 9 (1882): 36ff.; Edward C. Mann, *A Manual of Psychological Medicine and Allied Nervous Diseases*

(Philadelphia, 1883), chap. 3; John T. Carpenter, “A General Practitioner’s View of the Causes and Prevention of Insanity”, *JAMA* 7 (1886): 225-28.

⁴ Charles P. Bancroft, “Hopeful and Discouraging Aspects of the Psychiatric Outlook”, *AMPA Proc.* 15 (1908): 110.

⁵ Para obtener información sobre Beers, he recurrido en gran parte al autorizado libro de Norman Dain, *Clifford W. Beers: Advocate for the Insane* (Pittsburgh, 1980).

⁶ Beers, “To Whom It May Concern”, Jan. 1, 1905, AFMH Papers, AP; Dain, *Beers*, 53-56.

⁷ Beers to Victor M. Tyler, Jan. 2, 1905, Beers to George M. Beers, Jan. 3, 1905, G. M. Beers to Beers, Mar. 15, 1905, Beers to Robert Beers, Jan. 5, 1905, Beers to William James, June 9 (two letters), July 10, Aug. 12, 1906, Mar. 24, 1907, Beers to Longmans, Green and Co., Mar. 12, 1907, Beers to Herbert Fisher, Mar. 15, 1907, AFMH Papers, HLHU; Dain, *Beers*, 56-57.

⁸ Dain, Clifford W. Beers, 89; Beers, *A Mind That Found Itself* (Nueva York, 1908).

⁹ Beers, “To Whom It May Concern”, Jan. 1, 1905, Beers to Charles W. Page, May 22, 1906, Beers to Herbert W. Fisher, June 15, 1906, Beers to William James, Apr. 16, 1907, Beers to Stewart Paton, July 22, 1907, Beers to Anson Phelps Stokes, Aug. 9, 1907, AFMH Papers, AP, William James to Beers, Apr. 21, 1907, James Papers, HLHU. Mi exposición sobre Beers y Meyer y sobre la formación y temprana historia del NCMH hasta 1911, se basa en una lectura cuidadosa del voluminoso material manuscrito en los documentos de la AFMH Papers (AP), los William James Papers (HLHU) y los Meyer Papers (JHMS). A causa de limitaciones de espacio, he citado sólo un número relativamente pequeño de cartas. En esas recopilaciones, puede hallarse una verificación más completa de mis generalizaciones. El estudio más detallado y confiable es el *Clifford W. Beers* de Dain, cap. 7-12.

¹⁰ Beers to Herbert W. Fisher, Nov. 6, 1907, Beers to Joseph H. Choate, Jan. 10, 1908, Beers to Theodore Roosevelt, Mar. 4, 1908, William Loeb to Beers, Mar. 9, 1908, Beers to Frederick T. Gates, Mar. 9, 1908, AFMH Papers, AP.

¹¹ “Preliminary Prospectus or Scope of the Planned Work of the Connecticut Society for Mental Hygiene” (New Haven, 1908), copia impresa en AFMH Papers, AP.

¹² “Minutes for the Founding of a National Committee of Mental Hygiene. February 19, 1909”, Beers to Meyer, De. 23, 31, 1908, Feb. 15, 1909, AFMH Papers, AP.

¹³ Resumen de las actas de la tercera reunión anual del NCMH, p. 2, mss. copia en AFMH Papers, AP; William H. Welch to Beers, Nov. 4, 1911, “Conclusion”, artículo sin fecha de Beers, Beers to George M. Beers, Dec. 25, 1911, “Income of the National Committee for Mental Hygiene, Inc. From 1909 to and including 1934”, *ibid.*

¹⁴ Datos biográficos extraídos de Earl D. Bond, *Thomas W. Salmon, Psychiatrist* (Nueva York, 1950). En cuanto a las opiniones de Salmon sobre la inmigración, consulté su “The Relationship of Immigration to the Prevalence of Insanity”, *AJI* 64 (1907): 53-71; “Insanity and the Immigration Law”, *State Hospitals Bulletin* 4 (1911): 379-98; “Immigration and the Prevention of Insanity”, *BMSJ* 169 (1913): 297-301; “Immigration and the Mixture of Races in Relation to the Mental Health of the Nation”, en *The Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases*, ed. William A. White and Smith Ely Jelliffe (2 vol.: Philadelphia, 1913), I, 241-86; “Minutes of the 4th Annual Meeting of the Committee for Mental Hygiene...Feb. 17, 1912”, 26-30, copia mimeografiada en AFMH Papers, AP; Salmon to Homer Folks, July 11, 1913 (with enclosure “Memorandum for Mr. Folks”), Salmon to Stewart Paton, Jan. 16, 1915, Arthur P. Kellys (?) to Salmon, Feb. 26, 1915, Salmon Boxes en AFMH Papers, AP.

¹⁵ Sobre la vaguedad del pensamiento etiológico, véase Meyer to Salmon, Nov. 23, 1911, Meyer Papers, Series I, JHMS. Puede seguirse el movimiento en contra de la prostitución en Mark t. Connelly, *The Response to Prostitution in the Progressive Era* (Chapel Hill, 1980)

¹⁶ “Proceedings of the 9th Annual Meeting of the National Committee for Mental Hygiene...February 7, 1917”, 14-15, AFMH Paper, AP. Véase también de Salmon “Mental Hygiene”, *The American Year Book...1916* (Nueva York, 1917), 395-98.

¹⁷ Walter L. Treadway, *Care of Mental Defectives, the Insane, and Alcoholics in Springfield, Illiinois: A Study by the National Committee for Mental Hygiene* (Nueva York, 1914); Aaron J. Rosanoff, *Survey of Mental Disorders in Nassau County, New York July-October, 1916* (Utica, 1917), 11-15, 124 (El estudio de Rosanoff se publicó primero en *Psychiatric Bulletin of the New York State Hospitals* 10 [1917]); Rosanoff, “Psychiatric Problems at Large”, *AMPA Proc.* 24 (1917): 257-61.

¹⁸ Herman M. Adler, *Cook County and the Mentally Handicapped: A Study of the Provisions for Dealing with Mental Problems in Cook County, Illinois: Report of Survey 1916-1917* (Utica, 1918), 4, 140.

¹⁹ John Koren, *Summaries of State Laws Relating to the Commitment and Care of the Insane in the United States* (Nueva York, 1912), reeditado como *Summaries of State Laws Relating to the Insane* (Nueva York, 1917); *AJI* 75 (1918): 287-88; *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane Prepared by the Committee on Statistics of the American Medico-Psychological Association in Collaboration with the Bureau of Statistics of the National Committee for Mental Hygiene* (Nueva York, 1918). Una lista detallada de las encuestas puede encontrarse en “Report of the Activities of the Rockefeller Foundation in Mental Hygiene 1915-18”, adjuntado

con la carta de Beers to William A. White, Apr. 11, 1918, White Papers, RG 418, NA. La mayoría de las encuestas permanecieron en forma manuscrita. Para un típico ejemplo, véase Samuel W. Hamilton, "The Care and Treatment of the Insane in Colorado: A Report, submitted January 1917, to the National Committee for Mental Hygiene", copia mecanografiada en Salmon, "Report on work Carried on by the National Committee for Mental Hygiene with Appropriations made by the Rockefeller Foundation, January 1, 1915 to December 31, 1916", copia mecanografiada, AFMH Papers, AP.

²⁰ George Blumer to Beers, Mar. 2, 1915, Beers to Russell H. Chittenden, Sept. 5, 1915 (esta carta nunca fue enviada, pero Beers presentó sus argumentos oralmente en un encuentro con Chittenden), AFMH Papers, AP; *MH* 1 (1917): 3.

²¹ Salmon a Edwin R. Embree, Apr. 16, 1921, Embree a Salmon, Apr. 29, 1921, Salmon a Paton, June 6, 1922, Paton a Salmon, Aug. 12, 1922, AFMH Papers, AP.

²² Sobre la carrera posterior de Beers, véase Dain, *Clifford W. Beers*, cap. 14-20.

²³ Frankwood E. Williams, "Is There a Mental Hygiene?" *Psychoanalytic Quarterly* 1 (1932): 113-20; V. V. Anderson, *Psychiatry in Industry* (Nueva York, 1929), and *Psychiatry in Education* (Nueva York, 1932); Kenneth E. Appel, "Psychiatry in Industry", *Occupational Therapy and Rehabilitation* 10 (1931): 207-16; "News Letter of the Association for the Psychiatric Study of Social Issues" (1939), with form letter to John C. Whitehorn, Sep. 7, 1939, Whitehorn Papers, APA.

²⁴ Charles E. Rosenberg, "The Bitter Fruit: Heredity, Disease, and Social Thought in Nineteenth-Century America", *Perspectives in American History* 8 (1974): 189-235.

²⁵ Ver NCCC *Proc.* 2 (1875): 96-98, 3 (1876): 16ff., 8 (1881): 217-19, 9 (1882): xxviii-xxix, 14 (1887): 192-214, 18 (1891): 222-29, 385-93, 24 (1897): 83-86, 25 (1898): 268-75.

En 1883, Foster Pratt presentó en la reunión de la Asociación de la Salud Pública de Estados Unidos un documento muy publicitado y de amplia circulación, que pretendía demostrar que el incremento de la locura en los Estados Unidos desde 1850 era atribuible casi exclusivamente a los residentes nacidos en el extranjero. Al año siguiente, la AMSA respaldó la política de exclusión de las "clases defectuosas". Ver Pratt, "The Increase of Insanity in the United States - Its Causes and Sources", *JAMA* 1 (1883): 668-75, impreso también en American Public Health Assn. *Public Health Reports and Papers* 9 (1883): 321-46, and *AJI* 41 (1884): 63-77. El análisis más autorizado de la legislación federal es el de E. P. Hutchinson, *Legislative History of American Immigration Policy 1798-1965* (Philadelphia, 1981).

²⁶ Mass. Bd. of State Charities *AR* 13 (1876): xxxvi-xlvi; N.Y. State Bd. of Charities *AR* 13 (1879): 36-43, 19 (1885): 27-28, 257-65, 20 (1886): 11-16, 24 (1890): 237-39, 258-60, 27 (1893): xxvii-xxix, 5-7, 11-12, 14, 38-41; Spencer L. Dawes, *Report on the Alien Insane in the Civil Hospitals of New York State... January 23, 1914* (Albany, 1914), también reimpresso como N.Y. *Senate Document No. 29* (February, 1914).

²⁷ U.S. Bureau of the Census, *Insane and Feeble-Minded in Institutions 1910* (Washington, D.C., 1914), 26-27; Minn. State Bd. of Control *BR* 5 (1908-1910): 191, 6 (1910-1912): 183; Morris D. Waldman, "The Alien as a Public Charge, with Particular Reference to the Insane", N.Y.S. Conference of Charities and Correction *Proc.* 13 (1912), 82ff., in N.Y. State Bd. of Charities *AR* 46 (1912): vol. I; Prescott F. Hall, "The Recent History of Immigration and Immigration Restriction", *Journal of Political Economy* 21 (1913): 735-51, and the response by H. L. Reed, "Immigration and Insanity", *ibid.* 21 (1913): 954-56; A. J. Rosanoff, "Some Neglected Phases of Immigration in Relation to Insanity", *AJI* 72 (1915): 45-58.

²⁸ *AMPA Proc.* 16 (1909): 80-81, 17 (1910): 78-81, 19 (1912): 105-12, 181-96, 20 (1913): 26-34; *AJI* 71 (1914): 206-08; Meyer a Henry Cabot Lodge, Jan. 14, 1913, Meyer Papers, Series II, JHMS.

²⁹ Spencer L. Dawes, "The New Immigration Law", *State Hospital Quarterly* 2 (1917): 366-70; 67th Cong. 4th sess., *Hearing Before the Committee on Immigration and Naturalization House of Representatives...on H.R. 14273...January 30 and February 6, 1923* (Washington, D.C., 1923), 608-19; Dawes, "Immigration and the Problem of the Alien Insane", *AJP* 81 (1925): 449-62, 462-70 (discussion); "Interstate Conference on Immigration", *State Hospital Quarterly* 9 (1923): 88-103; "Meeting of Special Committee on Immigration Legislation and the Alien Insane March 21, 1924", y "Proposed Report of the Sub-Committee on Alien Insane Presented to the Committee on Mental Hygiene April 11th, 1924", Salmon Boxes in AFMH Papers, AP; Irving Fisher a Meyer, Nov. 19, 24, 1923, with "Report of the Committee on Selective Immigration of the Eugenics Committee of the United States of America", Meyer a Fisher, Nov. 22, 1923, Meyer Papers, Series II, JHMS. Ver también Kenneth M. Ludmerer, "Genetics, Eugenics, and the Immigration Restrictionist Act of 1924", *Bulletin of the History of Medicine* 46 (1972): 59-81.

³⁰ Haller, *Eugenics*, cap. 2-3

³¹ Ver Rudolph J. Vecoli, "Sterilization: A Progressive Measure?" *Wisconsin Magazine of History* 43 (1960): 190-202; Haller, *Eugenics, passim*; y Donald K. Pickins, *Eugenics and the Progressives* (Nashville, 1968).

³² Haller, *Eugenics*, 50, 133; "Table of Sterilization...1940", copia mimeografiada en Assn. for Voluntary Sterilization Papers (Box 6, Folder 56), SHWA.

³³ Haller, *Eugenics*, 50, 133; George K. Pratt a C. F. Williams, Jan. 5, 1932, AFMH Papers, Uncatalogued, AP.

³⁴ Estadísticas de la mimeografiada "Table of Sterilization...1940", Assn. for Voluntary Sterilization Papers

(Box 6, Folder 56), SHWA.

³⁵ Hubert Work, "The Sociological Aspect of Insanity and Allied Defects", *AMPA Proc.* 19 (1912): 127-41, y "Legislation in Reference to Sterilization", *ibid.* 21 (1914): 501-03; *AMPA Proc.* 19 (1912): 121, 20 (1913): 26-34. Ver también Clarence P. Oberndorf, "The Sterilization of Defectives", *State Hospitals Bulletin* 5 (1912): 106-12; Henry R. Stedman, "Report on Mental Diseases", *BMSJ* 168 (1913): 310-14; *State Hospitals Bulletin* 6 (1913): 250.

³⁶ Ill State Charities Commission AR 4 (1913): 9-10; Abraham Myerson, *The Inheritance of Mental Diseases* (Baltimore, 1925); *idem*, "Some Objections to Sterilization", *Birth Control Review* 12 (1928): 81; *idem*, "A Critique of Proposed 'Ideal' Sterilization Legislation", *ANP* 33 (1935): 453-66; Meyer, reseña de Emil Oberholzer's "Kastration und Sterilization von Geisteskranken in der Schweiz" in *Journal of the American Institute of Criminal Law and Criminology* 2 (1911-1912), en *CP*, IV, 316-18; Meyer, "Sterilization", undated mss., Meyer Papers, Series II, JHMS; Victor Robinson a Smith Ely Jelliffe, Oct. 3, 1935, Jelliffe a Robinson, Oct. 12, 1935, Jelliffe Papers, LC; Jacques Loeb a Simon Flexner, Aug. 4, 1923, Loeb Papers, LC; J. K. Hall, "Sterilization?" *Southern Medicine and Surgery* 99 (1937): 514. Ver Frederick W. Brown, "Eugenic Sterilization in the United States: Its Present Status", *American Academy of Political and Social Science Annals* 149, part III (1930): 22-35 (este número fue editado por Frankwood E. Williams y se tituló "Some Social Aspects of Mental Hygiene").

³⁷ Committee of the American Neurological Association for the Investigation of Eugenic Sterilization (Abraham Myerson et al.), *Eugenical Sterilization: A Reorientation of the Problem* (Nueva York, 1936).

³⁸ Myerson, "A Critique of Proposed 'Ideal' Sterilization Legislation", *ANP* 33 (1935): 453-66.

³⁹ Committee of the ANA, *Eugenical Sterilization*, *passim*.

⁴⁰ James E. Hughes, *Eugenic Sterilization in the United States: A Comparative Summary of Statutes and Review of Court Decisions* (*Supplement No. 162* to the Public Health Reports: Washington D. C., 1940). En la introducción, Hughes señalaba que su revisión legislativa y judicial había sido preparada "debido a la relevancia que puede tener sobre el problema de las causas, la frecuencia y los medios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades nerviosas y mentales". No pretendía ser "una expresión de la actitud del Servicio ni de las opiniones de su personal sobre la sensatez de la esterilización como una política de Estado" (p.v). En su trabajo clásico sobre las enfermedades mentales de 1938, Carney Landis y James D. Page concluían que la esterilización tendría poco impacto en la incidencia, pero no planteaban problemas éticos e incluso daban a entender que si podía demostrarse la eficacia del procedimiento, sería una práctica útil. *Modern Society and Mental Disease* (Nueva York, 1938), 80-90, 155-57.